Drames en milieu scolaire

Chez le même éditeur

Dans la même collection :

Adaptation scolaire. Un enjeu pour les psychologues, par S. Guillard et coll. 2007, 296 pages.

Échelles et questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent, par M. Bouvard. 2008, vol 1 : 192 pages ; vol. 2 : 200 pages.

Interventions du psychologue en service de médecine, par C. Doucet et coll. 2008, 200 pages.

La relaxation thérapeutique chez l'enfant. Corps, langage, sujet, par M. Bergès-Bounes et coll. 2008, 216 pages.

Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale, par R. Roussillon et coll. 2007, 720 pages.

Rythmes de vie et rythmes scolaires, par F. Testu. 2008, 192 pages.

Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes, par L. Crocq et coll. 2007, 328 pages.

Troubles de l'attention chez l'enfant. Prise en charge psychologique, par J. Thomas, C. Vaz-Cerniglia, G. Willems. 2008, 264 pages.

Dans d'autres collections :

Adolescence et psychopathologie, par D. Marcelli, A. Braconnier. *Collection Les Âges de la vie*. 2008, 7e édition, 720 pages.

Enfance et psychopathologie, par D. Marcelli. *Collection Les Âges de la vie*. 2009, 8e édition, 736 pages.

Introduction à la psychopathologie, par A. Braconnier. *Collection Les Âges de la vie.* 2006, 352 pages.

L'attachement. Concepts et applications, par N. Guedeney, A. Guedeney. *Collection Les Âges de la vie*. 2006, 2e édition, 256 pages.

Le développement affectif et intellectuel de l'enfant, sous la direction de B. Golse. *Collection Médecine et Psychothérapie*. 2008, 4e édition, 400 pages.

Le développement de l'enfant. Aspects neuro-psycho-sensoriels, par A. de Broca. *Collection Pédiatrie au quotidien*. 2009, 4e édition, 312 pages.

Psychopathologie de la scolarité, par N. Catheline. *Collection Les Âges de la vie*. 2007, 2e édition, 352 pages.

Drames en milieu scolaire

Protocole pour évaluer, soutenir, communiquer

Jean-Luc Pilet

Catherine Guihard
Agnès Obringer
Daniel Brice

ELSEVIER

Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. : 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle par quelque procédé que ce soit des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ISBN : 978-2-294-70515-1

ELSEVIER MASSON SAS – 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex

Liste des auteurs

Daniel Brice : psychologue clinicien de l'Éducation – DEC Lille (CCPP) ; coordinateur régional et formateur à l'ANPEC pour la gestion de crise.

Catherine Guihard : psychologue clinicienne de l'Éducation – DEC Le Mans ; responsable de service ; coordinatrice régionale et formatrice à l'ANPEC pour la gestion de crise.

Agnès Obringer : psychologue clinicienne de l'Éducation – DEC Saint Étienne ; coordinatrice régionale et formatrice à l'ANPEC pour la gestion de crise.

Jean-Luc Pilet : psychologue clinicien de l'Éducation – DEC Nantes ; responsable de service ; chargé de cours à l'université (UCO Angers) ; coordinateur national et formateur à l'ANPEC pour la gestion de crise.

Remerciements

Nos remerciements vont au Dr Ronan Orio qui nous a incités à écrire cet ouvrage et à oser partager notre expérience.

Un souvenir nous est commun. Le 11 septembre 2001 nous étions ensemble en séminaire de formation. À cette époque, il était le coordonnateur national des cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP). L'annonce de la chute des deux tours, qu'il nous fit à 15 heures à la réception d'un appel téléphonique, reste un souvenir particulièrement inscrit en nos mémoires…

Avertissement

Les auteurs de ce manuel sont psychologues cliniciens et exercent leur activité dans l'Enseignement catholique français. Dans cet ouvrage, ils présentent leur expérience d'intervention dans des écoles, collèges ou lycées touchés par un drame. Ils souhaitent partager la méthodologie utilisée et proposent de nombreuses fiches techniques exploitables par les équipes concernées par le soutien aux enfants ou adolescents.

Les réactions des jeunes lors d'un drame sont identiques, quel que soit le contexte institutionnel ou le statut de l'établissement où ils sont scolarisés. De ce fait, les modalités d'aide et de soutien psychologique à mettre en œuvre restent semblables, même si les métiers ou statuts des intervenants diffèrent selon les structures. Un exemple illustre cette réalité : lors de l'annonce du suicide d'un adolescent, les élèves de la classe, les professeurs, les parents sont toujours en état de choc ; l'inquiétude, la désorientation deviennent envahissantes… que le drame survienne en lycée public ou en collège privé !

Par ailleurs, la méthodologie développée dans ce manuel pratique n'a pas été créée dans l'Enseignement catholique ni modélisée pour s'adapter à son organisation spécifique. Elle est, au contraire, le fruit de nombreuses collaborations professionnelles. En France, tout d'abord, avec les équipes hospitalières, puis au sein de l'organisation internationale de psychologie de l'éducation où les professionnels français des enseignements public et privé collaborent activement depuis plus de 20 ans.

On assiste actuellement, au plan international, à une harmonisation des modalités d'assistance en milieu scolaire malgré la diversité des formations universitaires des praticiens, malgré la grande variété des organisations pédagogiques nationales ou régionales. Les praticiens d'Europe et d'ailleurs ont remarqué que les modalités efficaces de soutien étaient très proches, qu'ils travaillent dans des pays aussi différents que la Finlande, la Nouvelle-Zélande, l'Allemagne, Israël, la Hongrie, les États-Unis, la Suède, la Turquie, etc. En revanche, les rituels de deuil varient ; ils doivent impérativement être respectés.

En cas de drame en milieu scolaire, le contexte institutionnel se révèle secondaire. L'essentiel est ailleurs. Trois éléments priment : la connaissance des réactions habituelles des jeunes face à la mort, le nécessaire maintien d'un encadrement éducatif à l'égard d'élèves mineurs, l'indispensable préparation des professionnels au soutien des personnes en détresse psychique.

Il faut lire ce manuel sur la gestion de crise dans un tel esprit, même si les situations cliniques et les témoignages se déroulent dans un seul contexte institutionnel.

Liste des abréviations

ADAVI : Association d'aide aux victimes
ANPEC : Association nationale des psychologues de l'Enseignement catholique
APA : American Psychiatric Association
ASE : Aide sociale à l'enfance
CESC : Comité d'éducation à la santé et la citoyenneté
CLIS : classe d'intégration scolaire
CMP : centre médico-psychologique
CPE : conseiller principal d'éducation
CUMP : cellule d'urgence médico-psychologique
DEC : Direction de l'Enseignement catholique
DSM : *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*
ESPT : état de stress post-traumatique (traduction de PTSD)
ETC : European Training Center
IA : Inspection académique
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
ISPA : International School Psychology Association
NASP : National Association of School Psychologists
OMS : Organisation mondiale de la santé
PMI : Protection maternelle et infantile
PTSD : *post-traumatic stress disorder*

Introduction

La couverture médiatique a habitué la population aux interventions des cellules de crise lors des catastrophes. La pratique n'en est pas simple : il arrive que ces cellules ne fonctionnent plus, ou mal et que les praticiens initialement pressentis se désengagent pour différentes raisons. Ces faits confirment notre expérience : de telles interventions ne s'improvisent pas, elles demandent un haut degré de professionnalisme et d'entente entre les intervenants ; une réflexion solide doit les précéder et elles ne peuvent se faire sans formation initiale et continue. Les enjeux sont l'utilité ou l'inefficacité voire la nuisance de ces aides, tant pour les victimes que pour les soignants.

Forts de notre expérience et conscients des risques ou des dérives possibles, nous avons voulu centrer notre approche sur le bon usage de l'aide psychologique lorsque survient un drame dans l'environnement scolaire. Pour rendre compte de notre parcours, il est nécessaire de présenter le contexte institutionnel. Nous sommes tous des psychologues, de formation initiale universitaire – clinique, pour la plupart – salariés par l'Enseignement catholique. Nous nous appelons « psychologues de l'éducation » car notre statut et notre positionnement institutionnel sont différents de ceux des psychologues scolaires, employés par l'Éducation nationale. Nos modes de rattachement sont divers – centres de consultations indépendants, services de psychologie intégrés dans les directions diocésaines ou psychologues directement employés par les établissements –, mais nous nous retrouvons pour la majorité au sein d'une même association, l'Association nationale des psychologues de l'Enseignement catholique (ANPEC).

Notre pratique professionnelle a sensiblement évolué ces 20 dernières années et c'est avec une présence accrue dans le secondaire, sous forme de permanence d'écoute entre autres, que certains de nos collègues ont été amenés à entendre la souffrance des jeunes. Au-delà des situations habituelles à l'adolescence (difficultés relationnelles, familiales, scolaires, amoureuses, identitaires, etc.), nous avons été confrontés à l'expression de souffrances graves (suicides ou tentatives, révélations de maltraitance, etc.). La multiplication de ces situations difficiles a amené les différentes équipes de psychologues à partager leurs expériences, à confronter leurs réponses, à inventer de nouveaux modes de fonctionnement.

Lors des premiers drames pour lesquels les établissements scolaires ont sollicité les psychologues, nous avons improvisé des actions de soutien en fonction de nos formations en psychopathologie et en gestion des

Drames en milieu scolaire
© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

groupes. Rapidement, le besoin est apparu de se donner une culture et des techniques professionnelles adaptées à ces circonstances, qui tranchaient nettement avec la pratique habituelle du psychologue intervenant dans les écoles. Les adolescents, en particulier, nous ont confrontés à leur « urgence psychique » et à la nécessité de se montrer réactifs.

Parallèlement, un mouvement est apparu dans la société mettant en avant l'intervention des psychologues dans les situations d'urgence. En effet, la France a été touchée entre 1983 et 1986 par deux vagues spectaculaires d'attentats, visant des citoyens ordinaires et faisant 15 morts et 335 blessés. Une association de victimes s'est créée pour leur venir en aide matériellement mais, fait nouveau, sur le plan psychique également. Une deuxième série d'attentats a marqué les esprits en 1995. Ces événements ont été très médiatisés, et la parole a été donnée aux anciennes victimes qui pouvaient évoquer les troubles qu'elles avaient vécus et qu'elles vivaient encore parfois. Des médecins psychiatres – dont l'expérience se situait dans la psychiatrie militaire pour les précurseurs – se sont penchés sur ces blessures et ont contribué au développement d'une psychiatrie des victimes puis, en amont, de la prévention des troubles traumatiques par la création de cellules de crise. L'intervention de psychologues accompagnant les équipes de premiers secours est devenue non seulement une évidence mais aussi, peu à peu, une exigence sociale, appuyée par les politiques tant au niveau local que national et relayée par les médias.

Cette évolution a certainement accru la sensibilisation générale à l'idée du traumatisme et de la souffrance psychique. Elle a probablement participé au développement des demandes qui ont été faites aux psychologues par les chefs d'établissement, au même titre que l'accroissement de situations difficiles à vivre pour la communauté scolaire. Les suicides, les maltraitances, les morts violentes, etc. sont autant d'événements qui malmènent les individus, aussi bien les jeunes que les adultes. Le psychologue a été appelé au départ comme aide dans un moment de grand désarroi, puis de façon un peu systématique comme pare-feu ou paratonnerre. Face à ces appels multiples, il a fallu différencier les degrés de gravité et adapter les niveaux de réponses.

Dans les années 1990, des contacts internationaux ont été pris par l'ANPEC lors de son adhésion à l'International School Psychology Association (ISPA). En 1996, l'organisation d'un séminaire sur le thème de la gestion des crises a révélé une préoccupation commune aux psychologues de l'école à travers le monde. L'augmentation de ces situations ainsi que l'importance d'une formation professionnelle solide pour y répondre y ont été confirmées. Lors de rencontres récentes, nous avons pu vérifier que les collègues américains, israéliens et européens évoluaient vers des modes opératoires similaires.

En 1998, une de nos collègues a été prise dans le drame de la mort de plusieurs collégiens en classe de neige. Cet événement a eu un impact fort sur plusieurs d'entre nous et, en septembre 2000, est née l'idée d'une coordination régionale et nationale pour soutenir les collègues confrontés

à des drames. Elle s'est mise en place au cours des mois suivants. Au fil des années, le groupe des coordinateurs a pu confronter ses expériences avec celles des collègues étrangers. Les coordinateurs ont poursuivi leur formation avec eux ; ils ont adapté certaines de leurs techniques qui paraissaient appropriées pour enrichir la pratique existante et en ont laissé d'autres qui ne correspondaient ni au fonctionnement institutionnel ni à la culture française.

En septembre 2003, à l'initiative des coordinateurs, l'ANPEC a publié pour ses membres un fascicule intitulé « Interventions dans les situations de crise », à l'origine du « protocole de base ». Une adaptation en a été faite pour les responsables institutionnels.

Une pratique de plus de dix années nous a amenés à nous intéresser aux écrits théoriques et aux protocoles développés par les cliniciens dans le domaine des soins pour les situations d'urgence. Aujourd'hui, il nous semble possible de valider un mode d'action pertinent, cohérent et adapté au milieu scolaire. Notre intention, en écrivant cet ouvrage, n'est pas principalement de faire œuvre théorique à notre tour, mais de présenter de quelle manière nous avons intégré ces connaissances à notre exercice professionnel, construit progressivement un système nouveau d'intervention et recherché des techniques adaptées. Dans la suite de notre élaboration, au cours des rencontres et des actions, l'écriture de ce livre s'est imposée à nous comme une étape supplémentaire, marquant le trajet parcouru – individuellement et en groupe –, occasion de repérer notre fil rouge, de rassembler les savoirs et les techniques puis d'assurer des formations dont certaines en lien avec nos confrères européens.

Notre expérience de plus de 10 ans nous permet, également, d'avoir un certain recul sur les événements déclencheurs de crise. Un relevé statistique portant sur 242 demandes montre que 57 % des appels sont provoqués par des morts : accident de la route, suicide, maladie, meurtre, etc. Les autres facteurs sont des événements réellement difficiles à vivre : maltraitance grave, tentative de suicide d'élève, risque de méningite, incendie, forte violence envers un enseignant ou entre élèves. Les situations suicidaires (décès et tentatives cumulés) représentent la première cause déclenchante des crises (26 %). Ces constatations rejoignent les conclusions d'enquêtes internationales sur ce même sujet (Rees et al., 2008). De plus, dans près d'un cas sur deux, l'établissement demandeur a déjà vécu un événement douloureux au cours des deux années précédentes. Nous constatons, par ailleurs, que le nombre des appels n'augmente pas au fil des années. Cette stabilité des demandes permet de réfuter une critique souvent entendue : « l'offre crée le besoin ». L'existence d'une équipe spécialisée dans un département ne fait pas exploser le nombre de demandes d'assistance. La réalité des drames existe bien en elle-même.

La construction de l'ouvrage suit une approche tridimensionnelle : théorique, clinique et méthodologique. Pour la rédaction, nous avons fait le choix d'une écriture collective en nous appuyant sur notre expérience groupale.

Le plan a été élaboré en commun, chaque psychologue rédigeant les parties qui lui ont été attribuées. Les vignettes évoquent des situations recueillies dans toute la France ; certaines ont pu être mélangées, par souci d'anonymat, tout en veillant à leur cohérence illustrative.

Nous avons également fait le choix d'inclure des fiches techniques afin d'allier l'aspect d'organisation à celui de la clinique. C'est en effet la clinique de l'écoute en temps de crise qui nous a conduits à rechercher un cadre contenant : comment endiguer le flot d'émotions intenses qui submerge la personne en souffrance ? Flot d'émotions qui envahit rapidement, par une sorte d'osmose empathique, la psyché des psychologues et parasite l'écoute du professionnel. Celui-ci se trouve alors en difficulté pour remplir sa mission. L'expérimentation sur le terrain des outils d'analyse et des grilles de procédures a confirmé que, dans ce type de pratique, loin de bloquer l'écoute, ces outils viennent au contraire soutenir son développement. Nous avons donc joint ces fiches qui ne doivent cependant pas exclure la part d'improvisation et d'adaptation inhérente à chaque situation. Le soutien apporté au professionnel par la bonne connaissance et la maîtrise de ces techniques libère son écoute et son attention.

Nous commencerons par présenter le cadre des interventions : le contexte de l'école, les différentes situations de crise, la vulnérabilité des personnes impliquées dans un drame et le positionnement progressif des psychologues. Nous détaillerons ensuite les modalités d'intervention, le protocole de base constituant le corps de la présentation, et poursuivrons avec une description de ce que nous appelons une crise majeure et la façon de la traiter. Seront également évoquées l'organisation de la communication interne et externe ainsi que la place du partenariat. En fin d'ouvrage, éthique et déontologie sont abordés puis deux chapitres rassemblent des fiches techniques : les premières destinées aux psychologues, les secondes aux chefs d'établissement, toujours directement impliqués dans la prise en charge des crises.

Nous espérons que la transmission de notre expérience de gestion des drames en milieu scolaire facilitera la compréhension de ce type d'approche et de ses enjeux, qu'elle sera d'un apport appréciable aux personnes engagées dans la santé et l'éducation des jeunes, et contribuera ainsi à un « bon usage » des pratiques.

CHAPITRE 1
Le contexte social et scolaire

1. L'environnement scolaire

1.1. Le groupe scolaire, un groupe social

> Toute école reflète les valeurs, les habitudes et les normes de la population qu'elle sert tout en assumant sa vocation éducative. L'élaboration de son projet éducatif se fait autour des valeurs que partagent le personnel scolaire et les parents. De cette façon, l'école reste en harmonie avec la communauté dont elle fait partie au même titre que les autres organismes et institutions. C'est à ces conditions que les enfants et leurs parents peuvent se reconnaître en elle et s'y sentir bien. (Beccaria et Malartre, 2004)

Certaines écoles réussissent à établir un climat où il fait bon vivre. Quand on parle de fermer « leur » école, on peut constater de vives protestations des parents et de la population du quartier ou du village. C'est comme si on arrachait quelque chose d'essentiel à leur réseau social.

Nous voyons ainsi combien la parole de chacun, la place qu'il occupe permet de développer une connaissance des uns et des autres dans un établissement scolaire :

> L'école est un carrefour dans lequel différentes personnes : élèves, parents, enseignants, tous les autres personnels, entrent en relation. Bien entendu la communauté éducative ne se limite pas aux adultes. Dans l'école, nous sommes tous ensemble réunis pour vivre un projet. (Duclos et al., 1995)

Développer une réflexion autour des situations de crise dans une institution scolaire nous conduit à définir le cadre dans lequel évolue l'enfant, à mesurer l'impact des relations qu'il tisse dans ce groupe social qui lui est propre.

Il s'agit ici d'identifier le contexte social dans lequel se trouve plongé l'enfant 9 mois par an. Ce groupe social véhicule des valeurs éducatives et morales. Il contribue à créer des liens forts entre les groupes de pairs qui y travaillent (jeunes, enseignants, personnel administratif, association de parents).

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Les enfants peuvent passer au minimum 5 ans ensemble à l'intérieur de ce groupe social. Cela peut aller jusqu'à 15 ans pour le jeune qui traverse sa scolarité dans un même groupe scolaire de la petite section maternelle jusqu'à la classe de terminale. « Quels types d'acteur social et de sujet se forment au cours des longues heures et des nombreuses années passées à l'école ? » C'est la question que se posent Dubet et Martucelli (1996) « […] étant entendu que l'école ne se réduit pas à la classe, qu'elle est faite aussi de mille relations entre des maîtres et des élèves, qu'elle est un des espaces essentiels de la vie enfantine et juvénile ». Quel que soit le contexte scolaire, le sentiment d'appartenance au groupe scolaire ou à sa classe de niveau existe. La plupart des enfants ont hâte d'y aller et, en général, ce n'est pas pour les cours, mais pour les camarades et pour les adultes qui sont là et qu'ils aiment. Les enfants sentent qu'ils font partie d'un groupe qui ne vaut pas tant par son nombre que par la fréquence et la qualité des relations de complicité qui se vivent.

C'est en élaborant des projets collectifs concrets que l'école développe un sentiment d'appartenance riche et positif. Dans ces conditions, elle n'est plus perçue uniquement comme une institution d'enseignement, mais plutôt comme un milieu de vie. Les apprentissages ne sont pas seulement d'ordre cognitif. Les enfants apprennent aussi à se conduire en société au-delà du cercle familial. Sentir que l'on fait partie intégrante d'un groupe constitue un besoin chez l'enfant comme chez l'adulte. L'école est un lieu de vie pour l'enfant.

On observe parfois des phénomènes de bandes rivales entre deux collèges proches géographiquement. Le conflit exprime avec force à quel point le groupe cristallise son identité propre et cherche à la préserver et à la rendre distincte de l'autre groupe.

Il en va de même pour les adultes. L'équipe éducative et le personnel administratif ont, la plupart du temps, une longue durée de vie collective. Parfois, un enseignant déroule toutes ses années professionnelles dans le même établissement. On peut imaginer le long parcours de vie créé au fil des ans à travers les projets mis en place, les réformes successives, les temps de convivialité partagés avec les collègues.

Si l'on interroge des adultes sur les années d'école primaire, leurs souvenirs sont surtout d'ordre social ou relationnel. En effet, ils répondent qu'ils se souviennent de tel camarade ou de tel enseignant, ou encore d'événements importants comme les spectacles de fin d'année. Rares sont ceux qui se souviennent des contenus précis des programmes scolaires. Les bons moments, ceux qui sont nourris par des échanges humains remplis de chaleur, ont plus tendance à se conserver que les apprentissages purement didactiques.

Le sentiment d'appartenance à l'école est un besoin très important. Ainsi, un enfant de 9 ans va protester avec véhémence si on lui annonce soudainement qu'il va déménager et changer de quartier, car il ne veut pas changer d'école ni perdre ses amis ! Les enfants sont attachés à leur milieu social et ce phénomène est encore plus fort chez les adolescents.

L'attachement à un milieu est intimement lié au développement de la socialisation. Tout individu est d'abord et avant tout un être social. Appartenir à un groupe, en faire partie intégrante, est un besoin. L'école est un des lieux privilégiés pour favoriser le développement de la socialisation chez les enfants et pour que se forme un sentiment d'appartenance à un milieu. Cette mission de l'école est aussi importante que celle consistant à transmettre des connaissances.

1.2. L'école, un lieu de vie et non de mort

L'école est donc censée être ce lieu sécurisant – et sécurisé – où l'enfant va devoir entrer dans la culture de sa société. Ce faisant, il va mettre à l'épreuve ses expériences relationnelles, transférer ce qu'il a appris dans sa famille à un groupe plus large. Ici, vont se rejouer les premiers conflits et leur transformation progressive par les réponses qui lui seront apportées. L'enfant devra se conformer aux règles de vie en société, qui peuvent être sensiblement différentes de celles du groupe familial. Les enfants de maternelle apprennent à vivre ensemble, à partager les jeux, les jouets, la maîtresse. En primaire, des amitiés commencent à se nouer et la place dans le groupe de pairs prend de l'importance. Au collège, l'appartenance et la conformité au groupe relèguent souvent toutes les autres préoccupations à l'arrière-plan. Enfin, au lycée, le jeune doit apprendre à harmoniser la vie de l'esprit et la vie affective. De toutes ces étapes, très grossièrement schématisées, on peut retenir l'importance de l'impact des autres. Quel que soit son âge, l'enfant/le jeune est confronté à la vie en groupe et à la découverte de son unicité dans la multitude. Ce que craignent le plus les enfants, c'est d'être différents des autres ; pourtant, les jeunes sont toujours en recherche de paraître « remarquables ».

L'école est donc un espace-temps de croissance physique, intellectuelle et affective qui va dans le sens de la vie. Tous ces mouvements internes et externes se déroulent sous la protection des adultes, qui veillent à ce que cette agitation, les contradictions et les conflits restent dans les limites du cadre défini par eux.

La mort n'a pas sa place dans ce temps-là. Pourtant, il arrive qu'elle fasse irruption dans le lieu scolaire : des enfants ou des adultes sont endeuillés par la mort d'un de leurs proches. Les camarades découvrent qu'on peut perdre un parent, un frère ou une sœur et se sentir affectés par réactions projectives, au-delà du ressenti compassionnel. Mais la mort peut arriver aussi en touchant plus directement l'établissement : un élève ou un professeur peut mourir de différentes causes : maladie, accident, suicide, assassinat, catastrophe, attentat, etc. Parfois, ce décès se produit dans l'établissement même.

Il n'est alors plus question de renvoyer la mort à la sphère privée ; chacun est touché par sa proximité. Tel ce petit garçon de 5 ans, qui voulait absolument voir le psychologue après le décès du directeur dans son bureau un jour de classe ; et la chose si importante à dire pour lui était :

« Moi aussi, je le connaissais ». Il n'avait aucun lien privilégié avec le directeur, mais la perception d'une situation exceptionnelle nécessitait la libération d'une tension émotionnelle, qu'il ne pouvait exprimer qu'ainsi.

1.3. Du drame à la situation de crise

Toute mort ne déclenche pas automatiquement une situation de crise. Il faut savoir reconnaître les signes – qui seront développés de façon systématique dans l'étape d'évaluation initiale. De façon générale, on observe qu'une situation de crise peut se définir par le bouleversement qu'elle provoque dans la vie de l'établissement : les cours s'arrêtent, les élèves sont dispersés par petits groupes, certains pleurent, d'autres sont sidérés, les professeurs semblent désemparés. Les réactions émotionnelles touchent autant les élèves que les adultes. La capacité de penser des adultes est atteinte et ils ont souvent besoin d'une intervention extérieure pour les aider à remettre leur établissement en ordre et en état de marche. Sans cet apport, des décisions dictées par les affects ne seront pas forcément judicieuses ; elles pourront parfois faire resurgir la crise ultérieurement par une fragilisation des personnes, qui n'aura pas été prise en compte au bon moment.

La situation de crise peut toucher principalement les élèves, lorsque, pour les plus âgés, la mort par accident ou suicide s'abat sur l'un des leurs. La crise se signale alors par le choc ressenti par chacun, davantage par les jeunes, pour lesquels cela peut constituer une première rencontre avec la mort. Les adultes, eux, sont pris dans l'inquiétude des réactions des jeunes et ont besoin de sentir ce poids pris par d'autres, pour ne pas céder à l'angoisse.

Enfin, nous avons appris à repérer que la mort n'était pas seule à pouvoir déclencher des situations de crise ; la maltraitance, en particulier celle qui implique des adultes de l'école, est aussi à prendre en considération. Peut-on y voir un lien de mort symbolique avec l'attaque contre les valeurs promues et enseignées ?

L'impact d'une situation de crise dans une communauté éducative sera d'autant moins destructeur que celle-ci aura su développer une vie d'établissement et une connaissance mutuelle entre tous les acteurs. La communauté éducative sera également plus solide pour traverser la crise. Le vécu antérieur commun, les temps de solidarité partagés participent à la résilience.

2. Les différentes sortes de crise

2.1. Définition et terminologie adoptée

Définir le concept global de crise est difficile car, d'une part, il existe différentes sortes de crises – économiques, militaires, sanitaires, historiques, philosophiques, psychiques –, et d'autre part, les modes d'analyse de ces états tensionnels varient selon les nombreux penseurs qui les ont étudiés depuis l'Antiquité. Nous présenterons les dénominateurs communs à la majorité des crises, puis nous recentrerons notre approche sur les caractéristiques des

différents états critiques liés aux drames de la vie. L'intérêt de ces définitions n'est pas seulement linguistique ou philosophique ; celles-ci permettent en effet de distinguer les différents types de crise pouvant surgir au sein d'une communauté scolaire. Précisons enfin que notre approche actuelle de la notion de crise est fortement éclairée par notre pratique clinique auprès des victimes et impliqués ainsi que par l'expérience de la coopération avec les responsables institutionnels.

La crise correspond à un moment et un état de déstabilisation et de forte tension chez les personnes et les groupes, voire auprès d'un groupe social tout entier. Ce terme provient du verbe grec *krinein* qui signifie : « juger, juger comme décisif ». Il a d'abord été utilisé en médecine pour désigner l'étape d'une maladie, le moment où un changement se produit : la continuité vers une issue fatale ou bien l'évolution vers la guérison. Cela correspond au « point critique », moment où une « vérité » éclate, moment décisif d'un état tensionnel qu'une expression française résume admirablement : « ou ça passe, ou ça casse ». Le sens premier de crise, celui de « juger », se retrouve dans le verbe français « critiquer », dont l'origine étymologique est évidemment identique. Dans le domaine de l'évolution linguistique, notons que, depuis peu, les adolescents utilisent le verbe « criser » pour signifier qu'ils sont tendus, énervés par une relation devenue difficile avec d'autres jeunes ou un de leurs parents – une mini-crise en quelque sorte.

La « vraie » crise introduit toujours de la discontinuité, de la désorganisation voire du chaos : « Chaque crise s'accompagne d'un effet de sidération, selon lequel la situation se met à exister par elle-même et à échapper à ses acteurs comme à ses paramètres » (Halami in Rey, 2005) ; les autres extraits cités dans ce paragraphe proviennent du même article. Lors d'une crise, « on n'a plus affaire à des changements dans un temps neutre, mais à une temporalité brisée, produite par les changements qui y prennent place. Les événements s'emparent du temps, "mis hors de ses gonds", remis en jeu, et dont le rythme même est sans cesse susceptible de varier ». Par ailleurs, « toute crise est aussi la manifestation brusque d'une discordance entre la réalité et la représentation qu'en avait jusque-là forgée la pensée ; par là, elle contraint à une prise de conscience à l'égard de tout discours, soupçonnable de masquer la réalité en se faisant passer pour elle ». Plus loin, l'auteur précise une nouvelle dimension : « une crise met toujours en jeu quelque chose d'essentiel et est censée constituer une pierre de touche, un révélateur ayant valeur de preuve ». Enfin, une crise est

> l'aboutissement inéluctable d'un état de tension, à l'issue duquel une contradiction éclate au grand jour ; s'introduit alors une discontinuité au sein d'un processus jusque-là continu, discontinuité porteuse d'une interruption de ce qui était en cours, mais la crise est aussi censée déboucher sur une résolution ; sanctionnant ce qui était voué à l'impasse, elle offre une reprise, un renouveau, un dépassement.

On retrouve dans cette dernière citation l'état d'esprit qui avait conduit, en 1979, le psychanalyste R. Kaës à intituler un ouvrage collectif qu'il avait dirigé : *Crise, rupture et dépassement*. La crise, en effet, si elle s'apparente

par certains de ses aspects à une ordalie, à un jugement divin aléatoire, offre tout autant des possibilités de résilience.

La pratique clinique nous l'apprend : le vécu psychique premier de toute situation critique relève de la douleur intense et du profond désarroi qui se cristallisent parfois en sidération, blocage initial protecteur de la psyché, mais devenant pathologique en se prolongeant. En cas de passage brutal d'un état de bien-être, de calme homéostatique, à un état de crise, les capacités de défense des individus et des groupes sont toujours mises à mal, parfois même dépassées. Plus la désorganisation défensive perdure, plus l'impact du choc, de la catastrophe psychique, sera terrible et entravera la reprise d'un nouvel équilibre. La brutalité de la vie comme l'irruption des drames engendre ainsi des moments de forte déstabilisation, marqués du sceau de la « crainte » et du « tremblement » pour citer Kierkegaard, moments apocalyptiques de confrontation à la mort ou au destin. Hegel, dans la préface de *La Phénoménologie de l'esprit*, utilise une expression qui peut décrire le vécu intérieur des personnes confrontées à une catastrophe ou à la perte d'un être cher : « lever du jour qui, en un éclair, établit d'un coup la configuration du nouveau monde » (cité in Rey, 2005). Plus près de nous, on peut évoquer cette image poétique du « soleil noir », chanté par Barbara. Ceux qui l'ont vu savent que ce n'est pas qu'une métaphore mais une construction de la psyché qui, comme une éclipse, efface la lumière.

Dans un article récent de la *Revue Francophone du Stress et Trauma* (2006), Seguin et ses collaborateurs distinguent trois types de crise en s'appuyant au préalable sur une définition générique de Caplan (1964) :

> Une crise peut surgir lorsqu'un individu affronte un problème qu'il ne peut résoudre, ce qui provoque une augmentation des tensions intérieures et se manifeste par des signes de désordre émotionnel, progressant de l'état d'équilibre vers un état de vulnérabilité jusqu'à l'état de crise (Seguin, 2006).

Dans cette perspective, la notion de crise caractérisée par l'intensité de la désorganisation interne ne correspond pas à une pathologie spécifique. Trois modalités critiques sont différenciées : psychosociale, psychopathologique, psychotraumatique (figure 1.1).

– La *crise psychosociale* se traduit par une détresse provoquée par une situation problématique telle que le deuil, la maladie, une rupture, un événement de vie, une situation économique difficile, un épisode conflictuel au travail, etc. Ces situations ne dégénèrent pas immédiatement, la personne essayant de faire face, mais ses efforts d'adaptation peuvent échouer et les tensions intérieures s'accroître. Un état de crise peut ainsi s'installer, ouvrant la porte, par exemple, à une dépression grave, à une conduite addictive voire se concluant par un suicide. Au cours d'une vie normale, tout individu peut être confronté de façon plus ou moins marquée à ce type de crise. L'état d'équilibre est habituellement retrouvé.
– La *crise psychopathologique* concerne les personnes souffrant de difficultés psychiques chroniques : elles vivent dans un état habituel de vulnérabilité. Cette fragilité peut se développer à la suite d'une exposition

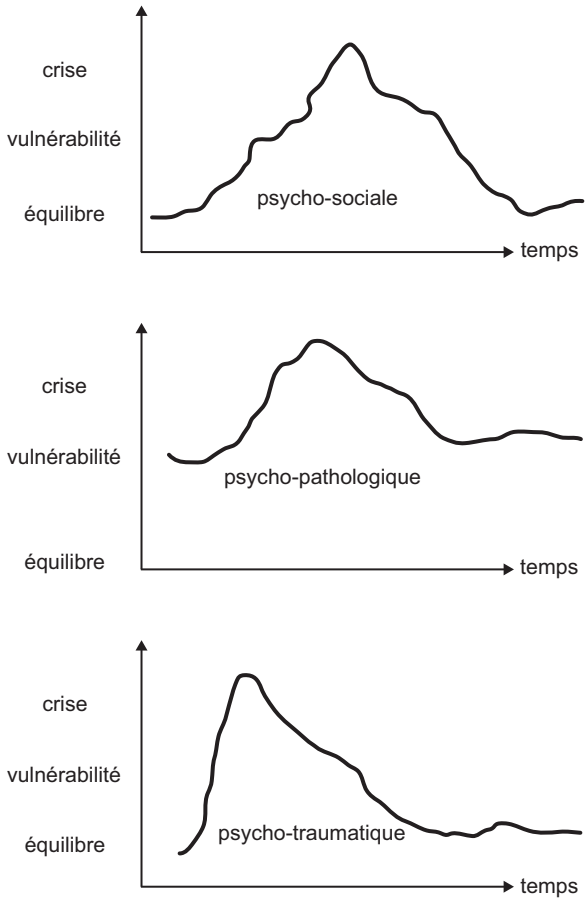

FIGURE 1.1. LES TROIS TYPES DE CRISE.

précoce à des événements d'adversité. L'addition des situations difficiles et l'accumulation des facteurs de risque peuvent

> entraîner un effritement de la résistance, de la capacité d'envisager des solutions adéquates et de l'espoir de se sortir éventuellement du malheur […]. Lors d'une crise psychopathologique, la personne est souvent à bout de solutions, son éventail de stratégies est restreint, le problème qui précipite la crise peut être intriqué avec de nombreux problèmes présents depuis très longtemps (Seguin, 2006).

Le passage à l'état de crise peut se faire rapidement, prendre l'entourage de court et se matérialiser par des passages à l'acte dont la violence peut être dirigée contre soi ou contre autrui. Lors de la phase de récupération qui suit l'acmé tensionnelle, la personne retrouve son état initial de vulnérabilité et non un stade d'équilibre, comme dans la crise psychosociale.

– La *crise psychotraumatique* est différente des deux autres car l'individu ou le groupe concerné se trouve soudainement catapulté dans un autre univers, apparenté au monde psychotique, un monde où les repères habituels sont chamboulés voire absents, où rien n'a plus de sens :

> Deux caractéristiques servent à définir l'événement traumatique. En premier lieu, cet événement implique une menace vitale (par exemple un viol ou une mutilation lors d'un accident du travail, ou une prise d'otage). En second lieu, l'événement doit aussi susciter une réaction péri-traumatique intense de peur, d'impuissance ou d'horreur, ou encore de sidération et d'effroi.

La crise psychotraumatique entraîne une perte de maîtrise, une forte anxiété voire chez certains des troubles post-traumatiques. Si ces troubles durent plus d'un mois, on évolue alors vers une crise psychopathologique. La plupart des personnes victimes de situations traumatiques peuvent retrouver après un temps plus ou moins long un état d'équilibre satisfaisant. D'autres se remettent difficilement.

Après plus de 10 ans d'expérience, nous adoptons la typologie proposée par Seguin et al. (2006), car celle-ci correspond bien à nos intuitions et aux pratiques mises en place. On retrouve une approche semblable à celle développée par Seguin et al. dans l'article de Romano (2007a). L'auteur, psychologue clinicienne et coordinatrice de la CUMP 94, commence par distinguer, elle aussi, les crises traumatiques des autres situations difficiles (conflit syndical par exemple) :

> Si les crises non traumatiques entraînent des perturbations au niveau administratif et peuvent occasionner des tensions entre les personnes, elles ne sont pas déstructurantes psychiquement et n'ont pas la dimension mortifère des crises consécutives à des événements dramatiques.

Comme ces auteurs, nous pensons que, pour faire face aux crises psychotraumatiques, les cellules d'aide psychologique sont bien adaptées aux besoins des institutions scolaires et des personnes qui y vivent. Tout au long du chapitre 2, consacré aux modalités d'intervention, nous développerons les moyens de mise en place des techniques et protocoles appropriés.

2.2. Particularités des crises en milieu scolaire

Une crise psychotraumatique en milieu scolaire se définit par les caractéristiques suivantes. C'est une déstabilisation passagère qui affecte sérieusement plusieurs individus, des groupes voire l'institution elle-même. Elle débute avec une forte intensité dès la survenue soudaine et imprévue de l'événement déclencheur ; c'est la phase aiguë de la crise. Ce déclencheur est un événement potentiellement traumatisant : décès brutal d'un élève, d'un enseignant, suicide, crime, violence extrême entre élèves, suspicion de maltraitance sexuelle de la part d'un éducateur, maladie contagieuse, incendie de l'établissement, attentat, etc. La répétition d'un de ces événements peut déclencher une crise grave. Celle-ci provoque une désorganisation plus ou moins importante du fonctionnement de l'institution, allant parfois jusqu'au chaos. Dans les premières heures, la plupart des personnes présentent une anxiété de niveau

élevé, des défauts de maîtrise cognitive et parfois des attitudes de sidération, des capacités défensives amoindries voire dépassées, un vécu temporel particulier, comme arrêté sur le moment de l'impact émotionnel. Les personnes les plus touchées ont souvent expérimenté des ressentis particulièrement pénibles : une menace pour leur propre intégrité corporelle ou psychique, une réaction consécutive de peur, d'impuissance ou d'horreur, etc. Les contextes relationnels et institutionnels habituels de l'établissement vont amplifier ou canaliser les réactions de désarroi. Toute la communauté éducative, parents compris, subit l'onde de choc pendant les premiers jours.

Comme le soulignent les rédacteurs de l'article déjà cité (Romano, 2007a), la typologie des crises se révèle fort utile, car elle permet d'ajuster les réponses en fonction des situations et d'éviter des erreurs de prise en charge, tant au plan individuel que collectif. En milieu scolaire, on rencontre ces trois types de crise. Dans la pratique, il n'est pas toujours simple d'apporter des réponses différenciées surtout lorsque, sous la pression des équipes enseignantes ou des responsables, on voudrait que les psychologues organisent systématiquement une intervention de crise en cas de difficulté. Certaines situations relèvent effectivement de l'aide psychologique d'urgence, d'autres doivent être prises en charge par les référents institutionnels (conseillers pédagogiques, inspecteurs, animateurs, formateurs, etc.) ou par des intervenants extérieurs ; sinon, les difficultés psychologiques, inhérentes à toute crise, vont se trouver amplifiées. Parfois, une crise psychosociale ou psychopathologique se révèle aussi difficile à gérer qu'une atteinte psychotraumatique. Le rôle des psychologues doit, à notre avis, se situer à un autre niveau : plus en retrait, dans une fonction de conseil et d'analyse auprès des responsables. Si l'événement inducteur d'une crise psychosociale ou psychopathologique provoque des réactions rencontrées habituellement après un traumatisme, une cellule d'aide peut être envisagée, mais seulement après avoir pris le temps d'une analyse sérieuse de la situation.

Le tableau 1.1. illustre les réalités difficiles de la vie des institutions scolaires, et peut servir de guide pour analyser des situations concrètes.

TABLEAU 1.1. Les différents événements déclencheurs de crise en milieu scolaire et les réponses possibles des psychologues

	Crise psychosociale	**Crise psychopathologique**	**Crise psychotraumatique**
Événements concernant les élèves	Décès d'un proche : parent, ami, etc. Échec à un concours, rupture amoureuse	Tentative de suicide au domicile Fugues Accès dépressif Troubles du comportement Consommation excessive de drogues	Suicide, mort accidentelle Méningite Victime de crime sexuel Incendie Catastrophes *Toujours plus grave : dans l'établissement même*

	Crise psychosociale	Crise psychopathologique	Crise psychotraumatique
Événements concernant les adultes	Décès d'un proche : parent, ami Rupture, maladie Difficultés persistantes dans le travail Fermeture d'établissement, conflits persistants	Alcoolisme Dépressions graves Absentéisme récurrent Incapacité d'un dirigeant	Suicide, mort accidentelle Auteur de crime sexuel Incendie Morts dramatiques de parents et/ou de personnes impliquées dans la communauté éducative *Toujours plus grave : dans l'établissement même*
Réponses possibles des psychologues travaillant dans l'institution scolaire	Aide psychologique individuelle, si demande ou relais vers l'extérieur Conseil possible auprès des institutionnels	Relais vers une aide psychologique extérieure Conseil possible auprès des institutionnels	Cellule d'aide psychologique sur place Intervention immédiate ou post-immédiate, selon l'évaluation Collaboration au sein d'une équipe pluridisciplinaire Conseils auprès des institutionnels

Lors des crises psychotraumatiques, les adultes et les élèves présentent des réactions particulières en apprenant la mort brutale d'une personne de leur communauté scolaire. Il nous a paru nécessaire d'en témoigner, car l'exposé de ces réponses habituelles nous permettra d'aborder ensuite les principaux concepts qui fondent l'approche que nous préconisons.

3. La vulnérabilité des individus lors des drames

3.1. Traumatisme et stress

3.1.1. Confusions dans l'emploi des notions de traumatisme et de stress

Si l'on consulte la littérature spécialisée produite sur le sujet depuis une vingtaine d'années, on ne peut qu'être frappé tout d'abord par l'ampleur de la production, pour s'interroger ensuite sur la confusion qui règne dans l'emploi des termes. Selon les auteurs, les notions de stress et de traumatisme ne reçoivent pas les mêmes définitions, ce qui se conçoit car les approches diffèrent, mais trop souvent, nombre de professionnels emploient ces mots comme des synonymes[1].

1. Pour une approche historique de l'évolution des concepts, nous conseillons de consulter : De Clercq et Lebigot (2001), Eliacheff et Soulez Larivière (2007), Hanus (2007), Crocq et al. (2007).

L'expression état de stress post-traumatique (ESPT), traduction approximative de *post-traumatic stress disorder* (PTSD), reflète bien cette confusion : dans cette configuration, les deux notions sont accolées, fondues dans un même ensemble. L'approche anglo-saxonne privilégiée dans la classification nord-américaine des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* ; *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* [DSM-IV, 1992]) repose sur une conception particulière. Le trauma n'est plus alors que le stade ultime d'un continuum allant d'un état d'équilibre à un état de stress dépassé. Il n'est plus une modalité défensive radicalement différente, utilisée par les êtres humains en cas d'agression psychique majeure. Cette dernière conception, majoritairement francophone, trouve son origine dans l'approche psychanalytique. En résumé, pour les anglophones, existe une différence de degré entre le stress et le trauma, alors que pour les francophones, on constate une différence de nature. Nous développerons ces deux notions de traumatisme et de stress en insistant sur la distinction (de nature) qu'il convient d'affirmer.

Lors des interventions dans un établissement scolaire, après l'arrivée d'un drame, qui voyons-nous : des jeunes stressés ou des jeunes traumatisés ? Souvent, les adultes présents emploient le terme de traumatisme, ce qui provoque inquiétude et, là encore, confusion. Pour un professionnel, la distinction entre ces deux états ne peut pas toujours être posée immédiatement, car les symptômes peuvent être assez proches dans les premiers jours. Le plus souvent, il s'agit de réactions de stress, intenses certes, mais non traumatiques au sens clinique du terme. Dans le traumatisme, les défenses sont pénétrées, dépassées, alors que dans le stress, elles sont attaquées mais tiennent et peuvent repousser à l'extérieur les émotions par trop mortifères et déshumanisantes. L'ennemi ne pénètre pas dans la place. Ces images guerrières illustrent bien la nécessaire distinction des modalités défensives. Si l'ennemi entre, l'organisation psychique qui va en découler va devenir très particulière, pathologique, car un élément étranger, « un état dans l'état », va en modifier la structuration profonde et bloquer les forces vitales. Dans le feu de l'action, lors de la bataille, il est bien difficile de percevoir si les défenses tiennent correctement ; il faut attendre la dissipation de la fumée pour constater l'état des fortifications ! On comprend bien qu'il faille confier l'aide à des personnels spécialisés, possédant des connaissances suffisantes en psychopathologie pour ne pas agir à contre-temps, ni développer des actions inutiles, voire contre-indiquées. Savoir rassurer et réconforter les individus choqués mais pouvoir aussi repérer les personnes en réelles difficultés, malgré des symptômes apparemment moins inquiétants, constitue un vrai travail spécialisé de prévention secondaire ou tertiaire.

3.1.2. Traumatisme

3.1.2.1. Définitions

Étymologiquement, traumatisme signifie « blessure avec effraction ». Appliqué au monde psychique, cette expression désigne un choc violent qui

surprend le sujet et s'accompagne d'effroi. Cette grande frayeur, souvent mêlée d'horreur qui glace et qui saisit, se situe au-delà de la peur ou du stress ; c'est la rencontre avec le réel de la mort :

> Avec le trauma, on entre dans le domaine terrible de l'irreprésentable, c'est-à-dire celui de l'effroi et de l'épouvante. La violence de la confrontation avec le réel provoque une véritable sidération du moi. L'individu s'écroule, il court le risque de la néantisation. (Damiani, 1997)

La confrontation au réel de la mort est toujours difficile voire impossible car, selon Freud, il n'y a pas de représentation de la mort dans l'inconscient :

> Comment l'inconscient se comporte-t-il à l'égard du problème de la mort ? […] Comme l'homme primitif, notre inconscient ne croit pas à la possibilité de sa mort et se considère comme immortel. Ce que nous appelons notre « inconscient », […] ne connaît en général rien de négatif, ignore la négation (les contraires s'y concilient et s'y fondent) et, par conséquent, la mort à laquelle nous ne pouvons attribuer qu'un contenu négatif. La croyance à la mort ne trouve donc aucun point d'appui dans nos instincts […]. L'angoisse de la mort, au contraire, dont nous subissons l'empire plus souvent que nous le croyons, est quelque chose de secondaire et résulte le plus souvent du sentiment de culpabilité. (Freud, 1915)

De Clercq et Dubois (2001) développent cette conception :

> Installée dans le psychisme du sujet, cette image du réel de la mort ne trouve pas de représentation pour la porter. […] Son impossibilité de se référer à des signifiants vient de ce que la mort vraie, à laquelle il vient d'être confronté, n'a pas de représentation dans son psychisme pour la bonne raison qu'elle n'a jamais eu de « présentation » préalable.

L'image traumatique, c'est l'impossible symbolisation venant s'incruster au cœur du psychisme. Celle-ci ne se comportera pas comme un souvenir, elle restera intacte, au détail près ; elle pourra ressurgir à la conscience dans un cauchemar ou à l'état de veille et sera toujours vécue au temps présent, comme un événement en train de se produire. La perte du sens, l'impossibilité de représentation psychique sont également caractéristiques du trauma. Crocq (1999) le précise :

> Le trauma n'est pas seulement effraction, invasion et dissociation de la conscience, il est aussi déni de tout ce qui était valeur et sens et il est surtout perception du néant, mystérieux et redouté, ce néant dont nous avons l'entière certitude qu'il existe, inéluctablement, mais dont nous ne savons rien et que nous avons toute notre vie nié passionnément.

Daligand (2006) affirme : « Ce qu'a perdu le traumatisé, c'est la capacité de se traduire symboliquement par la parole, à l'oreille de l'autre. » Un éprouvé de honte accompagne régulièrement le vécu sans nom de l'anéantissement de soi. Elle précise plus loin : « Le décollement du fantasme ne peut s'opérer qu'au prix d'un lien de parole avec un autre en position d'altérité radicale, d'un Autre : le lieu d'où ça parle… »

Cette terminologie lacanienne nous rappelle que le concept de traumatisme est fondamental dans la théorie psychanalytique. Freud, dans sa première topique, fit du traumatisme réel le point d'origine des névroses hystériques. Lorsqu'il abandonne sa théorie de la séduction et crée la seconde topique, Freud développe l'importance du fantasme dans l'étiologie des névroses. C'est un scénario imaginaire qui figure l'accomplissement d'un désir inconscient de l'enfant et qui peut évoluer vers une structuration névrotique à l'âge adulte. Freud découvre ainsi le complexe d'Œdipe et affirme que le traumatisme est essentiellement d'origine fantasmatique. Plus tard, il s'intéresse à la compulsion de répétition, présente dans les réactions post-traumatiques, et la relie à Thanatos, la pulsion de mort. Il propose, pour figurer le traumatisme, le modèle de la vésicule vivante qui peut résister ou non à l'excès d'excitations. Cependant, le créateur de la psychanalyse n'abandonne jamais l'origine traumatique réelle de certaines névroses ; il écrit à la fin de sa vie, dans l'*Abrégé de psychanalyse* (1938) : « les névroses traumatiques ont toujours échappé à l'hypothèse d'un conflit infantile ». Précisons que la symptomatologie caractéristique de cette névrose particulière est proche de ce que l'on nomme aujourd'hui syndrome psychotraumatique chronique.

3.1.2.2. Développements complémentaires

Ferenczi, psychanalyste hongrois, s'est opposé à la seconde approche freudienne sur l'origine du trauma. Pour lui, la séduction extérieure est bien présente. L'agresseur induit chez la victime une confusion mortifère entre « le langage de la tendresse » et « le langage de la passion ». L'envoûtement lié à l'objet trop présent ou trop absent entraîne une commotion psychique qui provoque une sorte d'anéantissement de soi et de la capacité de résister. La personnalité peut se dissocier, se cliver et se trouver confrontée aux affres d'une « agonie psychique ». L'angoisse devient omniprésente ; une telle peur oblige les enfants « à se soumettre automatiquement à la volonté de l'agresseur, à deviner le moindre de ses désirs, à obéir en s'oubliant complètement, et à s'identifier totalement à l'agresseur » (Ferenczi, 1933). Ce praticien qui a été mobilisé comme médecin psychiatre durant la Première Guerre mondiale a dû soigner nombre de soldats souffrant de ce qu'on qualifierait maintenant de syndromes post-traumatiques. En 1916, il s'interrogeait sur la signification des manifestations morbides présentées par les blessés. Il imaginait ces symptômes « dressés comme les pierres tombales des souvenirs ensevelis profondément » (Ferenczi, 1934).

> Mardi 17 heures, c'est la fin des cours au collège.
>
> Mme C. et M. G. croisent leur collègue enseignant en arts plastiques dans la salle des profs. Un petit signe sympathique des deux premiers, un mot d'humour du second.
>
> Jeudi, 8 heures, juste avant leur cours, Mme C. et M. G. apprennent le suicide par pendaison de ce collègue.

> En l'espace de 10 minutes, Mme C. est envahie par un froid immense. Elle est glacée de la tête aux pieds, ses dents claquent, ses membres tremblent. Elle dira ensuite : *« J'ai eu la sensation que la mort était entrée en moi. »*
>
> Dans le même temps, M. G. semble pétrifié. Son corps est figé sur place. Pas un geste. Ses yeux sont grands écarquillés. Pas un mot ne sort de sa bouche. Sa peau a sensiblement pâli.
>
> Il révélera par la suite qu'il a vécu un moment très particulier, une minute bloquée, fixée, où tout s'est arrêté. Pas de pensées, un vide immense.

L'approche analytique a l'immense intérêt de prendre en compte à la fois la force de l'événement déclencheur (un viol, la barbarie d'une guerre, etc.) et l'histoire du sujet souffrant. Un même événement, pourtant potentiellement traumatique, n'entraînera pas des réactions identiques chez tous les individus. Dans cette optique, on peut affirmer que chaque expérience traumatique constitue une expérience unique et singulière.

Pour Vallet (2008), le traumatisme psychique

> relève d'un impensable qui, dans une dimension de forçage, vient surprendre le sujet au-delà de toute représentation possible. Il ne relève pourtant pas de la seule puissance de l'événement traumatique. Il est aussi corrélé à la subjectivité dans la rencontre de l'événement avec les coordonnées de l'histoire du sujet. Dans le travail thérapeutique, la prise en compte de ces coordonnées par le sujet à toute son importance pour tenter de le dégager de ce qui ne relève pas de la seule dimension d'un destin implacable, le statut de victime.

Notons, par ailleurs, l'importance des troubles mnésiques comme séquelles et révélateurs d'un vécu traumatique. Crocq, un des pionniers en France de l'approche traumatologique et de l'aide aux victimes, le souligne dans un article (2006) :

> La mémoire des reviviscences, hypermnésie traumatique, est une mémoire d'images et d'éprouvés bruts ; elle n'a pas de sens. Elle s'impose au sujet contre sa volonté de façon répétitive. […] À l'opposé, l'amnésie, ou défaillance de la mémoire, peut jouer comme déni de l'expérience traumatique (amnésie systématique) ou comme refoulement de cette expérience pénible hors de la conscience.

Il poursuit plus loin sur la prise en charge possible :

> Mais ces troubles de la mémoire ne sont pas immuables, comme un destin maudit. Lors de la thérapie, au lieu de subir une mémoire d'images, répétitives et obsédantes, le patient peut agir et construire lui-même son souvenir, par un travail personnel d'association et d'inscription dans son réseau de signifiants. Son expérience prendra alors un sens, sera reconnue comme sienne et pourra être réinsérée dans la continuité fluide de la vie, entre un avant et un après.

On ne peut que penser à une phrase tirée du livre de E.M. Remarque (1929) *À l'ouest rien de nouveau* : « Et, je le sais, tout ce qui maintenant, tant que nous sommes en guerre, s'enfonce comme des pierres, se ranimera

après la guerre et alors seulement commencera l'explication – à la vie, à la mort. »

> Arthur, 14 ans, élève triste et taciturne, est retrouvé pendu par un voisin. Il s'est donné la mort en accrochant une corde au même arbre que son père avait utilisé 10 ans plus tôt, jour pour jour, pour se suicider.
>
> Anita, 17 ans, élève enjouée et calme, se jette sous un train, à la surprise de tous. On apprendra par la suite qu'elle est morte dans des conditions assez semblables qu'une cousine, renversée au même âge par une voiture.

3.1.3. Stress

Le stress correspond à la réaction physiologique et naturelle d'une personne soumise à une agression, une menace ou une situation imprévue. Les domaines somatique, moteur et psychique sont concernés par cette réaction qui se traduit par une hyperactivité neurovégétative. La réaction défensive de stress poursuit trois objectifs : focaliser l'attention, mobiliser les capacités mentales, inciter à l'action. Pendant la réaction défensive, on note toujours un climat de tension psychique exceptionnelle qui s'achève par le relâchement de cette tension, avec une sensation mitigée de soulagement et d'épuisement physique et mental. Le stress disparaît lorsque disparaît la cause stressante. C'est Selye (1936) qui a proposé ce concept, en le définissant comme « la réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite ». Plus tard, il définit le stress comme un « syndrome général d'adaptation ». Maintenant, le mot est passé dans le langage commun, perdant au passage son sens premier. Dans le langage courant, le mot « stress » désigne, fréquemment, l'agent stressant et non plus la réponse de l'organisme à une stimulation menaçante. Stress désigne, alors, le stimulus et non plus la réponse. Dans cet ouvrage, nous conserverons la signification scientifique première du vocable.

Pour Crocq (1999) :

> le stress est la réaction immédiate, biologique physiologique et psychologique d'alarme de mobilisation et de défense de l'individu face à une agression ou une menace […]. C'est une réaction éphémère. Elle est a priori utile et salvatrice et aboutit généralement au choix et à l'exécution d'une solution adaptée.

Lorsque la menace ou la difficulté devient trop forte, car trop intense, trop longue dans le temps ou se reproduisant trop fréquemment, l'individu peut adopter des réactions défensives inadaptées. Celles-ci se déroulent habituellement selon deux versants : l'hyperactivité ou l'inhibition vont dominer en fonction des réactions physiologiques du sujet. Ces phénomènes et les modalités de leur prise en charge sont décrits par Berceli (2005).

Lors d'une intervention en établissement scolaire, nous rencontrons fréquemment des élèves en état de stress important pendant les premières heures qui suivent l'annonce d'un drame : agitation excessive, tremblements importants, agressivité, ou à l'inverse, posture de repli, incapacité de parler,

etc. Habituellement, le lendemain, le niveau de stress a baissé, ce qui rassure les adultes. Les enseignants retrouvent le comportement habituel des jeunes mais en demi-teinte : « le cœur n'y est pas ». Dans l'esprit des élèves demeurent le chagrin et la pensée douloureuse des actions ou relations devenues désormais impossibles. La prudence reste de mise cependant, car on ne sait jamais quel écho peut trouver un événement de vie douloureux dans la psyché d'un individu.

3.1.4. Comparaison du stress et du traumatisme psychique

Pour faciliter la distinction entre les notions de stress et de traumatisme, nous avons construit le tableau 1.2 en nous inspirant du premier chapitre du livre de L. Crocq *Les Traumatismes psychiques* (2007).

TABLEAU 1.2. DIFFÉRENCIATION ENTRE STRESS ET TRAUMATISME PSYCHIQUE.

Stress	Traumatisme psychique
« Les orages neurovégétatifs » • « Le stress est la réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite » (Selye, 1936) • Réaction physiologique, naturelle de l'individu soumis à une agression, une menace, une situation imprévue. Cette réaction touche à la fois au domaine somatique, psychique et moteur • L'objet du stress est réactionnel à l'événement et se traduit par une hyperactivité neurovégétative • Le stress a trois objectifs : il focalise l'attention, il mobilise les capacités mentales et il incite à l'action • Il disparaît lorsque disparaît la cause stressante • Une stimulation excessive (par son intensité, sa durée ou sa répétition) devient dangereuse si elle dépasse les capacités d'adaptation du sujet • « Réaction immédiate, biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu face à une agression ou une menace. C'est une réaction éphémère. Elle est a priori salvatrice et utile et aboutit généralement au choix et à l'exécution d'une solution adaptative » (Crocq, 1999) • Climat de tension psychique exceptionnelle qui s'achève par le relâchement de cette tension, avec sensation mitigée de soulagement et d'épuisement physique et mental • N'est pas pathologique si n'est pas prolongée à l'excès ou ne se répète pas de manière chronique	**« La clinique de l'effort »** • Blessure avec effraction à l'intérieur de l'appareil psychique du sujet • « Il s'agit d'un choc violent, surprenant le sujet qui ne s'y attendait pas, et qui s'accompagne d'effroi » (Freud, 1920) • État d'horreur au-delà de la peur • Rencontre avec le réel de la mort Blanc, un vide, sans mots, sans paroles • Domaine du terrible, de l'irreprésentable, celui de l'effroi et de l'épouvante • Sidération du moi, risque de la néantisation de l'individu • Installation de l'image traumatique au cœur du sujet, véritable « menace interne » avec des effets immédiats et à long terme • Pas de représentation pour porter l'image du réel de la mort ; symbolisation impossible • « Rupture du lien avec le monde, bris de l'unité de l'individu et cessation de sens » (Barrois, 1988) • Irruption dans l'existence du sujet, dans son histoire • Blocage de la temporalité, « arrêt sur image » • Blessure psychique, vécu d'intrusion • Troubles de la mémoire, hypermnésie élective de l'expérience et/ou amnésie partielle ou totale de cette même expérience

Dans le DSM-IV-TR de l'American Psychiatric Association (APA, 2008), on trouve une distinction assez semblable. Pour une même exposition à un événement grave, deux types de réaction défensive pathologique sont observés : l'état de stress aigu ou l'état de stress post-traumatique.

Voir fiche P1, p. 151

> *« C'est pas possible, on n'y croit pas. »* C'est sur cette phrase que débute le groupe de parole pour les enseignantes, réclamé par la directrice d'une école primaire. Leur collègue, Mme X., vient d'être emmenée entre deux policiers.
>
> Oui, c'est dur d'accepter que leur collègue, celle de la porte d'à côté, ait vandalisé la classe de sa voisine Monique ; c'est elle qui a découpé ses rideaux, coupé les cordes de sa guitare, noyé les cadeaux de la fête des mères des enfants dans les lavabos, etc. Quel choc ! Oui, c'est elle, avec la complicité de l'aide maternelle qui, depuis 2 mois, passait des coups de fil anonyme.
>
> C'est la stupeur, la consternation. *« Nous sommes trahies par l'une des nôtres. »* Ce sentiment d'appartenance à une profession, à une institution, s'écroule. C'est de l'ordre de l'inimaginable, de l'impensable ; une effraction dans ce qui les touche très fort au niveau de leurs valeurs, du sens de l'autre, de la solidarité professionnelle.
>
> Monique, elle, a mal au cou. Des images reviennent sans arrêt. Celle du papier où est écrit : *« Monique touche pas aux enfants, pas les battre, sois polie avec tous les gens – attention »*, et surtout celle, la veille de la garde à vue, de sa persécutrice qui vient pour la consoler et l'embrasse en lui disant : *« T'en fais pas, on le retrouvera celui qui a fait ça. »*
>
> Chantal exprime sa colère. Puis ce sont des questions sur la vie relationnelle qui s'imposent à elle. Elle se sent oppressée : *« Mais alors on pourrait être trahi par la personne la plus proche, par une personne en qui on a vraiment confiance ? »*
>
> Dans le groupe de parole des aides maternelles, la peur domine. Elles craignent de rencontrer dans la rue leur collègue complice. Il faut dire qu'elles étaient très proches. *« On a été manipulées, blousées jusqu'au dernier jour. »* Beaucoup de culpabilité aussi. L'une d'elles « prend sa place », son poste. Elle a l'impression de lui voler son boulot.
>
> Et Bernadette, la grande amie de Mme X. ? L'entretien est poignant. Elle oscille entre l'énorme colère à exprimer à son amie et aussi, par moments, la tristesse de constater ce qu'elle a pu faire : *« Je pense qu'elle est malade. Il faudrait qu'elle se fasse aider. »*

Mentionnons enfin une tout autre approche du traumatisme : la définition proposée par William Haddon (1963) au plan physique et les

applications que l'on peut en tirer pour la prévention des traumatismes psychiques. Ce médecin ingénieur définit le traumatisme comme une lésion corporelle résultant d'un transfert d'énergie dont la nature ne peut être tolérée par le corps humain. Cette énergie peut être mécanique (collision), thermique (brûlure), chimique (intoxication), électrique ou de radiation. L'absence soudaine d'une source d'énergie essentielle (oxygène) peut également entraîner un traumatisme. Le trait particulier à tous ces traumatismes est le transfert brutal d'énergie. On retrouve certains points communs avec le psychotraumatisme : un changement brutal du niveau de tension psychique et l'incapacité d'y faire face.

Pour cet auteur, qui a exercé une influence importante dans la prévention des accidents liés à la conduite d'un véhicule à moteur ou à la pratique sportive, la prévention est essentielle. Il faut imaginer des interventions afin d'empêcher la survenue d'un événement potentiellement dangereux (par exemple, supprimer un passage à niveau dangereux), et si l'accident survient, éliminer ou réduire la gravité du traumatisme (évacuer le plus vite possible les blessés vers un hôpital spécialisé). Un outil conceptuel a été mis au point pour une approche globale de la prévention et de l'intervention immédiate en incluant des facteurs humains, techniques, environnementaux, économiques et législatifs. En croisant ces éléments avec la dimension temporelle (avant, pendant après), on construit la matrice de Haddon.

Voir fiche D12, p. 208

3.2. Traumatisme et stress chez les enfants et adolescents

Comment les enfants et les adolescents réagissent-ils à une expérience potentiellement traumatique ? Voici le témoignage d'une jeune fille, quelques jours après un accident de circulation. Son vécu est éprouvant, son récit émouvant, et l'on peut se demander comment cette adolescente évoluera.

> *« J'ai perdu ma petite cousine de 4 ans dans un accident de voiture. J'étais avec elle à l'arrière de la voiture mais moi je n'ai pratiquement rien eu, que des coupures. J'étais la seule consciente. Elle est morte suite à de multiples lésions. Son cœur s'est arrêté de battre et son petit corps ne bougeait plus. Je l'ai sortie de la voiture alors qu'elle était décédée. À l'avant, sa mère était évanouie, je l'ai sortie aussi.*
>
> *Le choc a été très violent. À l'arrêt, après le choc, je me suis réveillée en sursaut, j'avais le vent et la fumée dans les yeux. J'ai vu ma petite cousine, bleue, la tête en sang. Je lui criais dessus pour qu'elle se réveille mais aucune réaction… J'ai vécu le plus grand des calvaires. J'ai vu sa tête en sang, ses lèvres bleues et ses doigts violets… Je vous le dis, elle n'a pas souffert : elle dormait lors du choc. Aujourd'hui, beaucoup d'images de l'accident hantent mon esprit. »*

Les réactions de l'enfant et de l'adolescent au trauma ou au stress présentent des similitudes avec celles des adultes, des différences également. Plus l'enfant est jeune, plus il reste en dépendance affective envers sa famille. Si les parents viennent de survivre à une catastrophe naturelle ou s'ils se remettent à peine d'une violence intrafamiliale, la sécurisation affective tardera à se réaliser. Chacun le sait, le milieu familial joue un rôle essentiel dans la reprise du cours normal de la vie. Il faut aussi signaler la capacité parfois étonnante de certains enfants de résister, de se montrer spontanément résilients. Lors d'un drame, il nous faut presque toujours rappeler aux parents que les enfants possèdent des capacités de défense, qu'ils ne sont pas de simples éponges absorbant tous les malheurs, mais qu'ils savent placer des écrans de protection. Chaque drame externe ne provoque pas un drame interne, fort heureusement. Tout choc psychique n'entraîne pas nécessairement un traumatisme, mais peut provoquer une désorganisation passagère parfois spectaculaire.

Cependant, certains adolescents et enfants présentent des symptômes de détresse dans les heures et jours qui suivent un drame. Ces réactions dépendent bien sûr de la gravité du choc subi, mais tout autant de la résonance provoquée par ce choc dans leur monde intérieur. On observe, dans la phase aiguë, diverses réactions, le plus souvent un comportement agité et désorganisé correspondant à un vécu intérieur fait d'émotions non verbalisables : angoisse, impuissance, incompréhension, etc. Parfois au contraire, dominent prostration et inhibition générale. L'hypermnésie se manifeste par les cauchemars et la répétition de jeux traumatiques, le vécu angoissant continuant à se montrer menaçant. L'enfant est plus fragile que l'adulte en ces moments-là, car il fait plus difficilement la distinction entre la réalité et sa propre production imaginaire. Suite à un événement qui les a paniqués et désemparés, des enfants vont présenter des symptômes inhabituels pendant quelque temps, puis le développement va reprendre son cours, avec parfois cependant la nécessité d'un soutien psychologique. Chez d'autres enfants ou adolescents, malheureusement, les troubles persistent et se structurent. Une thérapie longue devient nécessaire, surtout si le jeune a perdu un de ses parents lors de circonstances particulièrement difficiles ou s'il a été victime d'une agression sexuelle.

Dans le numéro de novembre 2006 de la *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, deux articles sont consacrés à la prise en charge de ces jeunes souffrant de séquelles psychotraumatiques. Romano insiste sur deux points importants :

> La prise en charge d'enfants ayant subi des traumatismes intentionnels nécessite, par exemple, de penser tout particulièrement l'interaction, de prendre en compte les effets de l'influence, de l'emprise, et d'intégrer la nature des liens intersubjectifs entre l'enfant et son agresseur […]. Il peut arriver que l'événement traumatique soit à la fois trop proche en réalité du fantasme infantile, empêchant tout jeu possible entre le fantasme et la réalité extérieure, et trop étranger, trop inconnu et hors de représentation pour permettre à l'enfant de « théoriser » cette effraction.

Dans un autre article, Hariki et Gandelet évoquent le risque pour le développement global :

> […] dans cette saturation de la psyché par le trop-plein sensoriel, il n'y a plus place pour créer dans l'imaginaire, la scène à l'aide du langage. Car c'est le langage qui peut à la demande créer ou détruire l'objet en le représentant présent ou absent […] Ce ne sont […] pas seulement son confort psychologique et son adaptation sociale qui sont en question, mais bien plus globalement son cheminement vers la maturité de son être.

Après la lecture de ces deux articles, nous avons pu retenir quelques remarques générales, puis dresser une liste des troubles possibles après un choc psychique chez les enfants et adolescents, décrits ci-après.

– *Remarques générales.* Après un choc, il n'y a pas de troubles spécifiques mais les troubles habituels dont peuvent souffrir des enfants ou adolescents en détresse. L'état de stress post-traumatique (ESPT) n'est guère rencontré, si l'on s'en tient aux critères stricts. Des difficultés psychiques transitoires apparaissent chez la plupart des jeunes impliqués, mais elles cèdent généralement dans les premières semaines après le drame. Les réactions de l'entourage sont primordiales en ce domaine : elles apportent ou non réconfort et réassurance.
– Chez les *enfants*, on peut observer les signes suivants.
  - Régression développementale : « parler bébé », sucer son pouce
  - Douleurs corporelles : tête, ventre
  - Troubles sphinctériens, énurésie notamment
  - Conduites violentes inhabituelles (typique)
  - Angoisse de séparation
  - Troubles du sommeil : terreur nocturne, endormissement difficile, etc.
  - Troubles alimentaires : vomissement, refus d'alimentation, voracité, etc.
  - Troubles anxieux : inquiétude forte, évitement, hypervigilance, repli dépressif, etc.
  - Troubles psychosomatiques : pelade, eczéma, etc.
  - Phobies simples
  - Conduites obsessionnelles : rituels, etc.
  - Difficultés cognitives : recomposition fantaisiste du passé, déformation de la réalité, du déroulement des faits, perte momentanée d'acquis récents, etc.
  - Retard de développement : inhibitions scolaires, baisse des résultats, etc.
  - Hypermaturité : investissement scolaire de compensation, etc.
– Chez les *adolescents*, on retrouvera les mêmes signes que ceux des enfants, avec de manière fréquente également des troubles de la conduite du côté des prises de risque et de la toxicomanie ainsi que de l'agressivité contre soi ou autrui.

Dans la fiche P4, nous avons décrit les principales réactions possibles après un choc psychique, en fonction de l'âge et des étapes de développement.

Cette description reste schématique, mais elle peut servir de référence et d'appui lorsque, dans l'urgence et la tension d'une crise réelle, il faut prendre en charge des jeunes et savoir donner des points de repérage aux enseignants comme à l'ensemble des parents d'une communauté éducative bouleversée. Nous avons joint à la liste des points révélant un désarroi important un rappel des repères développementaux essentiels. Ces éléments de vigilance ne prennent sens, en effet, qu'au regard du fonctionnement psychique habituel de l'âge concerné. Lors d'un drame, en cas de doute, il est recommandé de consulter les spécialistes disponibles.

Voir fiche P4, p. 157

Pour les professionnels, la compréhension des réalités complexes liées aux blessures psychiques demeure primordiale, puisque ces connaissances théoriques et pratiques vont guider le choix des options d'intervention. Pour optimiser l'action, il faut également s'intéresser aux modalités défensives.

3.3. Résilience et étayage groupal

3.3.1. Résilience

L'étude de la capacité de faire face aux événements douloureux de la vie a été étudiée en opposition à l'approche centrée sur la pathologie. Comprendre comment des individus peuvent se défendre efficacement devient essentiel pour aider ceux qui n'y parviennent pas spontanément et pour prévoir, également, des dispositifs de prévention valorisant les réactions positives. Deux auteurs ont influencé nos pratiques, B. Cyrulnik et M. Lahad.

3.3.1.1. Approche de Cyrulnik

Contrairement à ce qu'on entend souvent, Cyrulnik (2001) présente la résilience comme un processus acquis et non comme une qualité innée de l'individu. Il insiste également sur l'importance de soutenir l'entourage de l'enfant après un choc :

> L'amélioration du sujet souffrant, la reprise de son évolution psychique, sa résilience, cette aptitude à tenir le coup et à reprendre un développement dans des circonstances adverses, nécessite dans ce cas de soigner l'alentour, d'agir sur la famille, de combattre les préjugés ou de bousculer les routines culturelles, croyances insidieuses où, sans nous en rendre compte, nous justifions nos interprétations et motivons nos réactions.

L'approche de Cyrulnik se situe dans la lignée de la théorie de l'attachement promue par Bowlby (1975) : la figure d'attachement (mère, père, ou toute personne qui s'occupe régulièrement de l'enfant), outre sa fonction de protection, permet la mise en place d'un style de développement émotionnel, notamment dans la gestion des inévitables moments de séparation. Lors des dispositifs expérimentaux, quatre types d'attachement sont observés chez de jeunes enfants : l'attachement sécure (60 %), évitant (20 %) ambivalent (15 %) et désorganisé (5 %). Il est clair que la

résilience s'enracine dans un attachement sécure, mais celle-ci n'est pas nécessairement opérationnelle à 100 % tout au long de la vie d'un individu, ni acquise une fois pour toutes ; elle peut même faire défaut dans certaines circonstances difficiles. Pour reprendre une expression employée par Cyrulnik, si elle se « tricote », elle peut tout autant se « détricoter ». L'expérience de la vie enseigne, en outre, que des personnes peuvent se montrer résistantes face à certains types d'agression alors qu'elles se montrent défaillantes face à d'autres difficultés.

L'auteur résume ainsi le principal facteur de résilience :

> En tête, vient la rencontre avec une personne signifiante. Parfois une seule a suffi, une institutrice qui en une phrase a redonné l'espoir à l'enfant, un moniteur de sport qui lui a fait comprendre que les relations humaines pouvaient être faciles, un prêtre qui a transfiguré la souffrance en transcendance, un jardinier, un comédien, un écrivain, un quidam ont donné corps à la simple signification : « Il est possible de s'en sortir ». Tout ce qui a permis de renouer le lien social a permis de remanier l'image que le blessé se faisait de lui-même. « Se sentir mal et être mauvais » est transformé par la rencontre avec un partenaire affectif qui fait germer le désir de s'en sortir.

L'utilisation du concept de résilience dans des ouvrages ou des articles de vulgarisation a été fréquemment galvaudée. À la lecture, on a l'impression que tous les individus font preuve d'une grande résistance aux malheurs et – ce qui est beaucoup plus contestable – devraient être forts dans toutes les circonstances ! Après un décès, le plus souvent, les individus peuvent se relever, faire face, mais ce redressement prend du temps, n'exclut nullement les moments de dépression et se réalise grâce à une forte relation avec une ou plusieurs personnes.

3.3.1.2. Approche de Lahad

Le principe de base du modèle BASIC Ph (voir le sens de cet acronyme à la fiche P5) repose sur la résilience, que Lahad définissait ainsi lors de la conférence nationale de la *National Association of School Psychologists* (NASP), à Los Angeles, en avril 2006 : « aptitude de l'être humain à se redresser, à faire face malgré les déprimes périodiques, les drames, les incapacités permanentes ».
Cette aptitude s'enracine dans les propres forces intérieures de l'individu et/ou se développe en collaboration avec ses semblables. L'auteur poursuit :

> Si nous savons comment les individus, les groupes et les communautés survivent, nous pouvons apprendre le code de la survie, minimiser les pathologies et soutenir le processus de redressement.

Le centre que dirige Lahad (*Community Stress Prevention Center* [CSPC], Tel Hai College, Kiryat Shmona, Israël) a mis au point, après plusieurs années d'étude et d'intervention, un modèle d'analyse des comportements défensifs spontanés. En cas de difficultés majeures, les individus cherchent à prendre appui sur les valeurs morales, les liens affectifs, les relations sociales, l'imagination, les capacités cognitives ou encore le besoin

d'action. Plus une personne peut utiliser de modalités défensives différentes, plus elle peut faire face et éviter l'effondrement intérieur.

Pour les spécialistes du secours aux otages, l'expérience montre que la meilleure protection, lors de ces terribles épreuves, réside dans la capacité des prisonniers de s'évader mentalement (imagination) et, plus encore, de pouvoir se raccrocher à des croyances et donner sens au vécu déshumanisant immédiat (valeurs morales). Un autre exemple, tiré lui aussi d'un contexte dramatique mais en milieu scolaire, illustre l'intérêt de cette approche.

> Lors de la première guerre du Golf, Israël essuyait régulièrement des tirs de missiles dont on craignait qu'ils puissent contenir des gaz dangereux. Pour prévenir le risque chimique, il fallait donc, en cas d'attaque, ajuster un masque à gaz sur le visage et le conserver pendant des heures. La tâche des enseignantes de maternelle pour faire comprendre à des enfants de 4 à 5 ans la nécessité absolue de garder un horrible et lourd engin barbare sur le nez – et cela pendant des heures – était évidemment difficile. Un enfant a alors eu une idée géniale : les masques étaient en fait des appareils magiques pour téléphoner aux parents (par la pensée) pendant les alertes. Les enseignants et les parents, avertis du stratagème, ont adopté cette formulation. Le calme est revenu dans les classes des petits et les moments de panique ou d'énervement ont disparu. Le recours à l'imagination a été bien plus efficace que les menaces ou les explications savantes.

Dans nos interventions, nous avons appris à utiliser ce modèle de Lahad (1984), très en phase avec le vécu psychique de crise. Les adolescents, en particulier, se montrent réceptifs. Lors des groupes de parole qui suivent l'annonce du suicide d'un camarade, cela les aide, disent-ils, à prendre du recul. Ils comprennent qu'il existe différentes manières de reprendre pied, que l'on peut en utiliser plusieurs, que certains ont des « idées » qu'ils n'auraient jamais imaginées… Cette prise de conscience assure de fait une fonction protectrice et limite les effets de contagion psychique que l'on craint toujours après un suicide. Maintenant, lors des interventions auprès des adultes ou des élèves, nous utilisons assez souvent des questionnements ou suggestions issus de cette approche.

Voir fiche P5, p. 160

Quels que soient les soubassements théoriques utilisés par les différents auteurs, l'aptitude humaine à faire face à l'adversité constitue un antidote efficace au malheur, même si cette résilience se révèle souvent incomplète. Cette disposition défensive est évidemment à valoriser et soutenir lors des drames.

3.3.2. Étayage groupal

Lors des interventions de crise auprès de groupes déjà constitués, le soutien collectif est fréquent. Nous présentons brièvement les théories et leurs auteurs qui nous ont inspirés.

3.3.2.1. Approche de Bion

Le concept de contenant essentiel dans notre démonstration a été élaboré à partir des travaux de Bion portant sur la genèse de la pensée, l'étude de la schizophrénie et le fonctionnement groupal. Pour lui, l'enfant au début de sa vie se trouve dépourvu d'« appareil à penser les pensées ». De ce fait, il est soumis à des expériences émotionnelles et sensorielles incompréhensibles, car celles-ci ne prennent pas sens dans sa psyché immature. Ces pensées « impensables », Bion (1962) les dénomme éléments *bêta*. Lorsque l'enfant est soumis à des éprouvés angoissants, il les projette défensivement vers sa mère. Normalement, cette dernière reçoit, au niveau inconscient, ces éléments ; elle peut les penser, leur donner du sens, les contenir sans angoisse. Le premier réceptacle des pensées du bébé est donc la mère qui contient les éléments épars et insensés de la pensée enfantine, les rassemble et les ordonne. La mère exerce ainsi une fonction de tri protecteur et de contenance. Ainsi ordonnées et recadrées, les pensées peuvent être retournées vers le nourrisson sous la forme d'éléments que Bion dénomme *alpha*. Le bébé peut ensuite incorporer, sans danger, ces pensées devenues sensées puis les laisser redevenir siennes. Toutefois, les pensées non symbolisées par la mère peuvent aussi revenir dans la pensée du nourrisson mais en gardant un statut d'objets bizarres. Ces éléments *bêta* s'agrègent et viennent former un noyau psychotique dans l'univers psychique enfantin. La mère, par sa fonction de « rêverie maternelle », donne cohérence à ce que l'enfant projette en elle. La pensée devient une création mutuelle qui prend forme, pour la mère comme pour le nourrisson, dans un vécu partagé mais selon des rôles asymétriques. La pensée enfantine, « reformatée » par la mère et introjectée par l'enfant, constitue en outre le contenant des pensées archaïques du bébé. Ce retour des contenus rassemblés en un contenant sûr va constituer le socle du développement psychique du jeune enfant.

De même, après un drame, auprès d'un groupe d'impliqués, le psychologue aura à tenir une fonction essentielle de « contenance », et cherchera à donner un sens aux éléments bêta, aux pensées informes, impensables.

3.3.2.2. Développements de Gibello, Anzieu, Kaës

Gibello (1995) propose une théorisation de la maturation de la pensée enfantine. Dès le début de la vie, les contenants archaïques regroupent les contenants fantasmatiques, cognitifs et narcissiques. Se développent au cours de la deuxième année les contenants de pensée symboliques complexes sous le primat essentiel du langage qui va remodeler entièrement le fonctionnement de la psyché, le langage devenant un « organisateur » clé. Au cours des troisième et quatrième années, les contenants de pensée groupaux et culturels viennent modeler la pensée. Les différents contenants décrits par Gibello constituent des enveloppes protectrices successives, un peu à la manière des poupées russes. Notons que l'enveloppe la plus extérieure concerne les liens collectifs. En cas de déstabilisation venant du mode externe, elle se trouve sollicitée en premier.

Cette théorisation se situe dans la lignée de Didier Anzieu qui avait rédigé, 10 ans plus tôt, son ouvrage célèbre *Le Moi-peau*. On peut tout à fait reprendre la structure de la famille classique selon ce modèle des poupées gigognes : la mère « contient » l'enfant, cette dyade est « contenue » par le père, et ce triangle primordial se trouve lui-même « contenu » par le groupe familial élargi. L'intérêt d'une telle présentation met en lumière le rôle protecteur et contenant de chacun de ces groupes. En cas de choc, on mesure l'importance de la reconsolidation des groupes. Il s'agit de colmater rapidement les brèches apparues dans les défenses, de resserrer les liens afin de protéger l'entité groupale comme les psychismes individuels. Le noyau familial constitue le contenant primordial ; les autres groupes d'appartenance érigent également des barrières protectrices.

Les groupes procurent un bénéfice supplémentaire, tout aussi important : la possibilité d'un étayage mutuel. Kaës (1979), qui a travaillé avec Anzieu, considère que le psychisme se développe à partir d'un quadruple étayage : « l'étayage sur le corps, sur la mère, sur le groupe (en ce qu'il médiatise de l'ordre sociétal et culturel dans sa forme et ses processus propres) et le Soi ». Lors des activités de déliaisons ou de dérégulations constitutives des états de crise, il est essentiel de réinstaller un cadre stable, de rétablir les fonctions « conteneur » et « transitionnelle » :

> La fonction *conteneur* correspond au rétablissement du processus psychique grâce au travail de transformation des contenus destructeurs par un contenant humain actif et apte à rendre possible cette métabolisation. La fonction *transitionnelle* est le rétablissement de la capacité d'articuler des symboles d'union dans un espace paradoxal de jeu, par-delà l'expérience contraignante de la division-séparation ou de l'union-fusion.

Dans nos interventions, réunir les victimes en groupe après un drame permet d'activer ce travail de réassurance mutuelle. C'est particulièrement opérant dans un groupe de pairs (les élèves entre eux, les adultes entre eux, etc.), à condition toutefois qu'avant le drame le groupe de référence habituel n'ait pas été pris dans un tourbillon destructeur d'attaques réciproques. En ce sens, la crise est un révélateur extraordinaire des tensions préexistantes. Parfois, le drame permet de dépasser les conflits antérieurs et de trouver un équilibre plus satisfaisant. C'est pourquoi l'animation des groupes de parole doit impérativement être confiée à un professionnel extérieur au groupe. Il devient le garant du cadre et assure la fonction de régulation des échanges afin que la fonction d'étayage mutuel puisse opérer. Souvent, lors de la phase aiguë d'une crise psychotraumatique, les échanges sont d'une grande intensité (colère, désarroi, hyperaffectivité, etc.). L'animation doit assurer la fonction de contenance sans laquelle rien n'est possible. Deux animateurs sont nécessaires dans ces moments-là, tellement cette fonction de cadrage et de contenance est difficile à tenir. Le cadre mis en place, il devient alors possible aux animateurs d'assurer une fonction de « rêverie maternelle » : écouter, donner du sens, chercher à transformer les impressions chaotiques en éléments de pensée. Dans ces

moments de forte tension où le socle vital est touché, où les angoisses de mort et d'abandon ressurgissent, les animateurs aident les participants, bien sûr, mais ils apprennent aussi beaucoup des membres du groupe, quel que soit leur âge ou leur stade de développement. Comme entre la mère et son bébé, comme entre le psychanalyste et son patient, des moments de création et d'étayage mutuel peuvent s'inscrire, au fil d'échanges parfois bien douloureux.

3.4. Soutien spontané : intérêts et limites

Après ce détour nécessaire par les notions conceptuelles, revenons à la réalité du vécu psychique tel que nous avons pu l'observer dans les classes ou les cours de récréation. Une fois passées les premières minutes de choc, de surprise ou de panique, s'ils ne sont pas blessés, la plupart des individus vont rechercher le contact de leurs semblables par le regard ou le toucher. Des petits groupes se forment, les individus, enfants comme adultes, se serrent les uns contre les autres, se mettent à parler ou à pleurer. Certaines personnes passent ainsi de groupe en groupe, donnant ou recevant du soutien. Des enseignants, des personnels éducatifs vont aller vers les élèves, parler avec eux ou simplement demeurer à côté d'eux dans une attitude silencieuse de réconfort. On remarque ainsi des attitudes de soutien spontané entre les élèves comme entre professeurs et élèves. Certaines personnes, cependant, se tiennent en retrait et préfèrent le silence ; d'autres paraissent, au moins momentanément, comme sidérées. On remarque à l'inverse des personnes très agitées.

Dans la plupart des cas, au sein des écoles ou collèges, des soutiens plus organisés sont souvent mis en place dans l'heure qui suit l'annonce d'un décès. Ils se tiennent dans les classes, les cours de récréation si le temps le permet, dans les salles de motricité, ou bien encore dans les infirmeries ou les aumôneries si l'établissement possède de telles structures. Les salles de professeurs ou les lieux habituels de détente regroupent les adultes qui se réconfortent mutuellement.

Lors des drames, on remarque toujours ces temps de soutien spontané. Ils sont importants et nécessaires. Comme le remarquent les collègues du CSPC (Tel Hai College), dans ces moments particuliers, ce sont les élèves qui aident le mieux les élèves, ce sont les professeurs qui aident le mieux les professeurs. Il faut surtout laisser de telles attitudes de soutien mutuel se développer. Dans certaines situations, même difficiles, ces comportements suffisent à soutenir les personnes et permettent une reprise assez rapide des activités scolaires habituelles. Une aide extérieure ne se justifie pas : les groupes comme les individus trouvent dans leurs ressources propres les forces nécessaires pour faire face au malheur.

Il arrive cependant que ce soutien mutuel ne suffise pas à canaliser le désarroi ambiant. Les personnes sont trop touchées elles-mêmes pour pouvoir fournir une assistance suffisante ; l'angoisse des uns ne fait que renforcer celle des autres. Dans ce cas de figure, on comprend bien qu'une

aide extérieure prodiguée par des personnes ne connaissant pas les individus disparus devient souhaitable soit rapidement, soit dans les quelques jours qui suivent. Des professionnels extérieurs vont pouvoir venir soutenir les personnes comme les groupes. Cet étayage va leur éviter de sombrer dans un désarroi trop important qui se révèle très propice au déclenchement de fortes réactions dépressives voire de stress post-traumatique. C'est la justification essentielle des interventions immédiates ou post-immédiates.

Lors de l'évaluation initiale, il est toujours important de repérer le niveau de résilience spontané qui se met en place dans les premières heures ou les premiers jours afin d'adapter le dispositif d'assistance en conséquence. Mais on ne peut préciser ces modalités de soutien sans énoncer auparavant les principaux besoins des adultes et des enfants lorsqu'ils se trouvent soudainement en position de fragilité importante. La pertinence des dispositifs d'aide se mesure à la capacité qu'ils ont de répondre aux besoins primordiaux des victimes.

3.5. Les besoins des adultes en situation de vulnérabilité

Lors du choc initial, les psychologues du Tel Hai College remarquent des comportements différents selon les individus : stupeur, agitation, panique, adaptation, etc. Quelques heures après, les personnes présentent généralement des signes particuliers, inhabituels sur un ou plusieurs plans. Les premières répercussions se font sentir aux niveaux physique, émotionnel, cognitif, social. Avec l'expérience, ces spécialistes établissent le constat suivant : environ 70 % des personnes restent désorientées, 20 % se montrent tout à fait adaptées, et 10 % des individus souffrent de difficultés psychiques sérieuses. Si l'on parvient à cadrer et rassurer les 70 % momentanément désorientés, ils retrouvent assez vite des conduites plus adaptées.

Comment aider les adultes à renouer avec la vie et à faire face aux ruptures pendant les premiers jours ? Plusieurs niveaux sont à explorer. Tout d'abord, au plan cognitif, l'adulte a besoin d'être informé, de pouvoir donner un sens à ce qui vient d'arriver ; il recherche toujours des explications et, s'il n'en trouve pas au plan rationnel, son imagination ou la rumeur vont vite lui en fournir… Par ailleurs, s'il perçoit et ressent que les responsables parviennent à recadrer le chaos, cela l'aide immédiatement à retrouver un certain équilibre. L'adulte est rassuré également s'il peut participer à la reprise du fonctionnement habituel, s'il peut trouver ou retrouver un rôle ; l'action est souvent un bon remède à ce stade. Au plan relationnel, il est indispensable d'aider l'adulte à renouer des contacts avec sa famille, ses amis, ses relations habituelles, ainsi que de permettre et de favoriser les contacts comme les soutiens. C'est pour cette raison que, dans ces situations particulières, les interventions d'aide spécialisée sont de préférence groupales, car elles favorisent le soutien mutuel. Au plan affectif, l'individu a besoin de dépasser la peur, l'angoisse, le désarroi.

Identifier ce qui n'a pas changé dans son histoire personnelle peut l'aider à ne pas s'effondrer. Mais la perte d'un proche introduit une rupture tellement difficile… Très souvent, les endeuillés doivent être pris en charge par l'entourage car ils sont trop effondrés pour faire face. Par ailleurs, lors de ces drames, le poids de la charge est bien lourd à assumer pour tous ceux qui exercent des responsabilités de management. Les tensions psychiques atteignent un très fort niveau auquel personne ne peut rester trop longtemps exposé sans danger.

En fonction de toutes ces observations cliniques, des modalités d'aide ont été élaborées : constitution de cellule d'accompagnement, repérage des personnes en situation de vulnérabilité, mise en place de groupe de parole ou d'entretien individuel, etc.

3.6. Les besoins des élèves en situation de vulnérabilité

Les besoins fondamentaux des élèves sont semblables à ceux des adultes. Les nécessités primaires sont les suivantes : se retrouver dans un endroit sécurisé, pouvoir boire, manger, aller aux toilettes. Les besoins plus affectifs et sociaux sont d'être rassuré, de pouvoir joindre ses proches, de donner du sens à ce qui vient d'arriver, de retrouver les copains et copines, de récupérer ses affaires, etc. On observe cependant des différences dont il faut tenir compte dans l'organisation des soins. Ces réactions dissemblables sont liées aux stades de développement, notamment affectif et cognitif, atteints par l'élève. La perception de la mort n'est pas la même chez un enfant de 3 ans que chez un grand adolescent de 18 ans (ces éléments seront développés dans le paragraphe 3.9).

On peut déjà noter quelques points essentiels en se référant aux âges moyens correspondant à chaque grand niveau de l'organisation scolaire française.

- *Le lycée*. Les méthodes réservées aux adultes sont bien adaptées. Il faut parfois être un peu directif au départ du travail en groupe, en sollicitant directement l'expression personnelle des adolescents. Dans les filières techniques ou professionnelles, cette sollicitation initiale est souvent nécessaire et bien acceptée.
- *Le collège*. Les manifestations de la souffrance sont généralement fortes : pleurs bruyants, besoins de se raccrocher physiquement aux ami(e)s, rigidité corporelle, mutisme, etc. Il est souvent important que les intervenants parlent en premier pour reprendre les événements, pour renvoyer au groupe les manifestations de souffrance qu'il perçoit en son sein. Commencer le temps d'expression par une écoute « muette » ne ferait que renforcer le désarroi. Pour lancer l'expression individuelle, un encouragement personnel est souvent utile. Les collégiens ont le plus souvent besoin d'être soutenu pour pouvoir s'exprimer, sans forcer bien entendu.
- *Le primaire (sauf CP)*. Les enfants parlent généralement assez facilement ; avec eux, il faut plutôt penser à canaliser et à organiser cette

expression. Il faut bien sûr adapter son langage au niveau de celui des enfants et à leur degré de réflexion. À la fin du temps d'expression, il est important de bien reprendre le déroulement temporel de toutes les étapes possibles des aides mises en place. Il convient aussi de rappeler qu'ils peuvent parler, s'ils se sentent inquiets, avec leurs parents, leurs enseignants, etc.

– *La maternelle et le CP.* Avec les petits, il faut adapter les dispositifs, ce qui n'est pas toujours simple. Les enseignants qui connaissent bien leurs élèves sont souvent d'un grand secours pour trouver les moyens d'expression que les enfants privilégient. On ne réunit que des petits groupes de 4 ou 5 enfants au maximum. On part de leurs questions et de leur niveau d'élaboration, sans chercher à « pousser plus loin ». Le dessin est un médiateur utile. Le temps d'expression groupale est beaucoup plus court qu'avec les élèves plus âgés, assez souvent guère plus d'une quinzaine de minutes. L'enfant a besoin que son cadre habituel reste stable ; on essaie donc d'inclure les temps de soutien dans son emploi du temps habituel, cherchant à le bousculer le moins possible. Ces moments de drame sont souvent pour les petits une des premières confrontations à la mort. Ils vont oublier, au moins au niveau conscient, beaucoup plus vite que les adultes. L'observation par l'enseignant du comportement de ses élèves dans les jours suivants est importante, car elle renseigne sur l'évolution psychique de l'enfant.

Toutes les remarques précédentes, issues de l'expérience, rappellent la nécessité pour les intervenants d'adapter leurs techniques au public qu'ils vont côtoyer. Prendre un temps suffisant pour préparer chaque intervention auprès des élèves en tenant compte du contexte, de l'âge, de l'événement déclencheur est essentiel. Il faut même toujours se poser la question de l'utilité réelle d'une intervention et ne réserver ce type d'aide que si le soutien spontané ne suffit pas.

3.7. Les cercles de vulnérabilité

Le CSPC a mis au point le dispositif des cercles de vulnérabilité pour aider au repérage des personnes vulnérables. Il s'agit d'identifier, par niveaux successifs, les individus que les responsables et les soignants jugent en difficulté afin de les orienter vers des soins. Le grand intérêt de cet outil est d'intégrer les intervenants (les « sauveteurs ») dans les personnes à risque. On peut ainsi visualiser toutes les personnes à « surveiller » et non se restreindre uniquement à celles qui ont assisté en direct au drame. L'utilisation de ce type d'outil est indispensable dans les catastrophes majeures.

Précisons que cette technique ne peut être employée que par des personnes formées à la gestion des situations dramatiques : un apprentissage est en effet nécessaire pour l'utiliser correctement et ne pas commettre d'impairs. En revanche, les spécialistes ont besoin de l'aide de certains adultes de l'établissement pour la collecte des informations.

3.7.1. Tableau de vulnérabilité des impliqués

On cherche à identifier toutes les personnes impliquées dans la catastrophe, à divers titres. On distingue trois dimensions : la proximité physique, la proximité psychosociale, la population à risque psychique. Pour chacun de ces niveaux, on définit ensuite trois degrés de gravité : élevé, moyen et faible. Le tableau 1.3 définit les critères pour chacune des catégories. Concrètement, on utilise un tableau vierge. On remplit d'abord les colonnes de gauche en écrivant le nom des élèves ou adultes concernés. On réalise ensuite une synthèse de ces trois colonnes en remplissant la colonne de droite consacrée à la globalisation de la vulnérabilité des impliqués.

Voir fiche P6, p. 162

TABLEAU 1.3. VULNÉRABILITÉ DES IMPLIQUÉS.

Degré de vulnérabilité	Proximité physique	Proximité psychosociale	À risque psychologique	Globalisation de la vulnérabilité des impliqués (superposition des trois colonnes précédentes)	Place dans la cible
+++	Personnes qui ont été au cœur du drame	Membres de la famille directe	Individus venant de subir un traumatisme	Personnes apparaissant plusieurs fois dans les colonnes précédentes ou individus repérés comme particulièrement fragiles	Cercle central
++	Près du cœur du drame	Famille plus éloignée, amis, voisins, etc.	Personnes souffrant de difficultés personnelles ou sociales	Personnes jugées comme vulnérables	Cercle médian
+	À portée de voix	Connaissances amicales ou personnes qui s'identifient à la victime	Personnes endeuillées depuis moins d'un an	Personnes touchées mais moins fortement	Cercle externe

Remarques

– Pour remplir la colonne « globalisation », le sens clinique prime sur l'arithmétique ; on comprend combien il est prudent d'être à plusieurs

pour remplir ce tableau afin de contrebalancer les effets d'appréciations trop subjectives. Des membres de la communauté éducative doivent être présents, car ils possèdent de précieuses informations ; de leur côté, les psychologues aident à repérer les personnes souffrant « à bas bruit ».

– Pour bien repérer les individus « au cœur du drame », il faut penser aux différents organes perceptifs nous reliant au monde extérieur : le toucher, la vue, l'odorat, l'audition, le goût… Une catastrophe peut être perçue par une forte odeur de brûlé, par un cri assourdissant, par un choc brutal et douloureux ou la vision soudaine d'un véhicule qui fonce, ou bien encore par la perception du sol qui se dérobe, etc.

Nous proposons ci-après un cas clinique ; celui-ci nous sert de base à la réalisation finale de la cible globale des vulnérabilités (voir le paragraphe 3.7.3 ci-après). Pour simplifier la démonstration et rendre plus lisibles les schémas, nous choisissons de réduire le nombre des protagonistes de ce drame, notamment en diminuant artificiellement l'effectif de la classe.

Cas clinique

Une classe de sixième (classe B) compte 10 élèves : Marine, Pauline, Hugo, Aurélien, Paul, Sarah, Yann, Maëlle, Pierre et Clémentine. Un lundi, en début d'après-midi, le professeur de sport emmène cette classe sur un terrain engazonné, distant de 300 mètres, où doit se dérouler le cours. Un professeur stagiaire accompagne également le groupe. Trois élèves en retard sortent en courant de l'établissement : Marine, Pauline et Clémentine. Elles veulent rattraper leurs camarades qui marchent tranquillement 150 mètres en avant, avec le professeur qui se retourne régulièrement afin de repérer les retardataires. Tout à coup, une voiture, arrivant à vive allure, ne peut éviter le trio qui court sur le bord de la route. Marine est tuée sur le coup, Pauline et Clémentine sont seulement commotionnées mais choquées. Les autres élèves de la classe ont simplement entendu un coup de frein et un grand bruit. Le professeur qui se retournait a vu le drame se produire. Gardant son sang-froid, il a la présence d'esprit de demander au stagiaire de faire revenir les élèves dans l'enceinte du collège par un autre chemin. Lui se précipite ensuite sur les lieux du drame. Un surveillant, qui se trouvait à la sortie, a prévenu tout de suite la secrétaire qui appelle les pompiers. Ils arrivent en moins de 5 minutes. Pendant le drame, toutes les autres classes sont en cours et les élèves ne peuvent voir ce qui se passe. Certains diront après qu'ils ont été inquiétés par la sirène du véhicule de secours qui semblait tout à coup bien proche.

La famille de Marine comprend les deux parents et une jeune sœur, Valentine, âgée de 2 ans. On apprend par la suite les éléments suivants : deux cousins de Marine sont scolarisés au collège (Gaspard et Benjamin) ainsi que deux voisins proches de son domicile (Anthony et Romuald). Marine était une adolescente appréciée de tous, rieuse et plein d'entrain, un peu tête en l'air cependant, comme une élève de 11 ans.

En classe de quatrième, Virginie fait partie du même groupe sportif depuis 5 ans et elle s'entendait bien avec sa sœur. Une autre classe de sixième (classe G composée de 12 élèves) travaille régulièrement avec la classe de Marine.

Les deux psychologues venus sur place apprendront du directeur, le lendemain matin, qu'il s'inquiète pour trois personnes de l'établissement : Mme T., qui a perdu il y a un an son fils de 22 ans dans un accident de circulation ; M. P., dont la femme est atteinte d'une maladie grave ; et enfin Mlle G., qui a déjà fait plusieurs dépressions sérieuses. Le chef d'établissement dit qu'il peut, en revanche, compter sur son adjointe et sur l'animatrice en pastorale. L'ensemble du corps professoral et du personnel est choqué, mais arrive à faire face pour l'instant. Certains souhaitent une rencontre avec les psychologues. Le professeur de sport est effondré et n'a pu reprendre son poste. Les élèves de la classe sont tous revenus, et sont assez abattus, notamment Pierre et Maëlle. Une des deux élèves témoins, Clémentine, à la surprise générale, passe beaucoup de temps à consoler ses camarades de classe. On apprend incidemment que le surveillant, qui a donné l'alarme, est le neveu de Mme T. ; il était proche de son cousin décédé accidentellement. Le directeur a vite pris les choses en main. On le sent tendu, mais capable d'assumer la situation. On perçoit rapidement ses bonnes capacités relationnelles.

Les personnes qui s'activent le plus pour aider les uns et les autres le lendemain matin sont le directeur, son adjointe et la responsable de la pastorale. Le professeur titulaire de la classe est également très présent. Deux psychologues vont aider les personnes qui le souhaitent. Le médecin scolaire a proposé ses services. Le maire de la commune se montre très présent depuis le drame. Le directeur de l'Enseignement catholique a déjà pris des nouvelles ; il va venir dans la matinée. L'inspecteur de l'Éducation nationale viendra également.

Une enquête de gendarmerie est en cours afin de déterminer les responsabilités de chacun. Certains murmurent que la famille pourrait se retourner contre l'établissement pour défaut de surveillance. Le conducteur du véhicule vit dans la commune, mais n'a pas d'enfant scolarisé.

3.7.2. Tableau de vulnérabilité du soutien

Pour construire ce tableau de vulnérabilité du soutien (ou des « sauveteurs »), on utilise le même procédé.

Voir fiche P6, p. 162

Précisons que les personnes qui apportent du soutien se répartissent en deux catégories, avec tout d'abord les adultes de la communauté éducative qui participent à la remise en marche de l'établissement ou au soutien des personnels et des élèves. Ce sont des enseignants, des personnels, des éducateurs, des parents, etc. Ils peuvent vite s'épuiser, surtout qu'ils appartiennent à la communauté qui vient de recevoir un terrible choc. Viennent ensuite les personnes extérieures : psychologues, soignants, responsables institutionnels, etc., qui, à des titres divers, vont s'impliquer dans le soutien et le soin aux élèves et aux adultes. Eux aussi sont mis à rude épreuve, surtout s'ils restent « sur le pied de guerre » plusieurs journées. Même s'ils ont reçu une formation spécialisée, ils peuvent devenir plus vulnérables sans nécessairement s'en rendre compte à temps.

La réalisation d'un tel tableau (voir tableau 1.4) est très précieuse, car elle permet aux responsables de mesurer les risques encourus et de pouvoir s'organiser en conséquence : ménager leurs troupes ou rechercher une aide supplémentaire. Ce tableau constitue un bon outil pour organiser la rotation des personnels soignants en cas de catastrophe majeure, comme pour faire prendre conscience à tous les « sauveteurs » qu'il est indispensable de prendre régulièrement du repos, d'organiser des temps spécifiques pour exprimer ses ressentis, etc.

TABLEAU 1.4. VULNÉRABILITÉ DE SOUTIEN.

Degré de vulnérabilité	Soutien interne	Soutien externe	Globalisation de la vulnérabilité des « sauveteurs » (superposition des deux colonnes précédentes)	Place dans la cible
+++	Individus les plus actifs ou impliqués ou présents, les responsables sur place	Professionnels recevant en entretien ou en groupe les personnes dirigeant des équipes ou en lien avec les médias	Personnes apparaissant plusieurs fois dans les colonnes précédentes ou repérées comme particulièrement exposés	Cercle central
++	Personnes moins exposées	Professionnels peu exposés	Personnes exposées	Cercle médian
+	Soutien épisodique	Aide épisodique ou implication faible	Personnes peu exposées	Cercle externe

3.7.3. Cible globale de la vulnérabilité ou « cercles de vulnérabilité »

Après la réalisation des tableaux concernant les impliqués et les « sauveteurs », il devient possible de dessiner la grande cible finale composée de trois cercles concentriques, les personnes les plus vulnérables étant placées au centre. On divise cette nouvelle cible en deux zones, délimitées par une ligne verticale. On positionne ensuite dans la partie droite les noms des impliqués, et dans la partie gauche, les noms des personnes assurant un soutien.

Le tableau 1.5 lié au cas clinique (voir ci-dessus), permettent d'illustrer le procédé.

TABLEAU 1.5. Tableau préparatoire à la réalisation de la cible (lié au cas clinique, voir p 35-36).

Degré de vulnérabilité	Proximité physique	Proximité psychologique	À risque psychologique	Soutien interne	Soutien externe	Place dans la cible
+++	Pauline Maëlle Clémentine Professeur de gym Surveillant	Parents de Martine 2 cousins 2 voisins Virginie Pierre Autres élèves classe B	Professeur de gym Mme T. M. P. Mlle G.	Directeur Adjointe	2 psychologues	Cercle central
++	Professeur stagiaire	Élèves de la classe G	Personnel Professeurs	Professeur titulaire Animatrice	Médecin Maire	Cercle médian
+	Secrétaire		Pauline	Clémentine ? Inspecteur Éducation nationale Directeur diocésain		Cercle externe

TABLEAU PRÉPARATOIRE LIÉ AU CAS CLINIQUE

Vulnérabilité	Proximité physique	Proximité psychosociale	À risque psychologique	Soutien interne	Soutien externe	*Place dans la cible*
+++	Pauline Maëlle Clémentine Professeur de gym Surveillant	Parents de Martine 2 cousins 2 voisins Virginie Pierre Autres élèves classe B	Prof de gym Mme T Mr P Mlle G	Directeur Adjointe	2 pyschologues	*Cercle central*
++	Professeur stagiaire	Élèves de la classe G	Personnel Professeurs	Prof titulaire Animatrice	Médecin Maire	*Cercle médian*
+	Secrétaire		Pauline	Clémentine ? Inspecteur E.N Directeur diocésain		*Cercle externe*

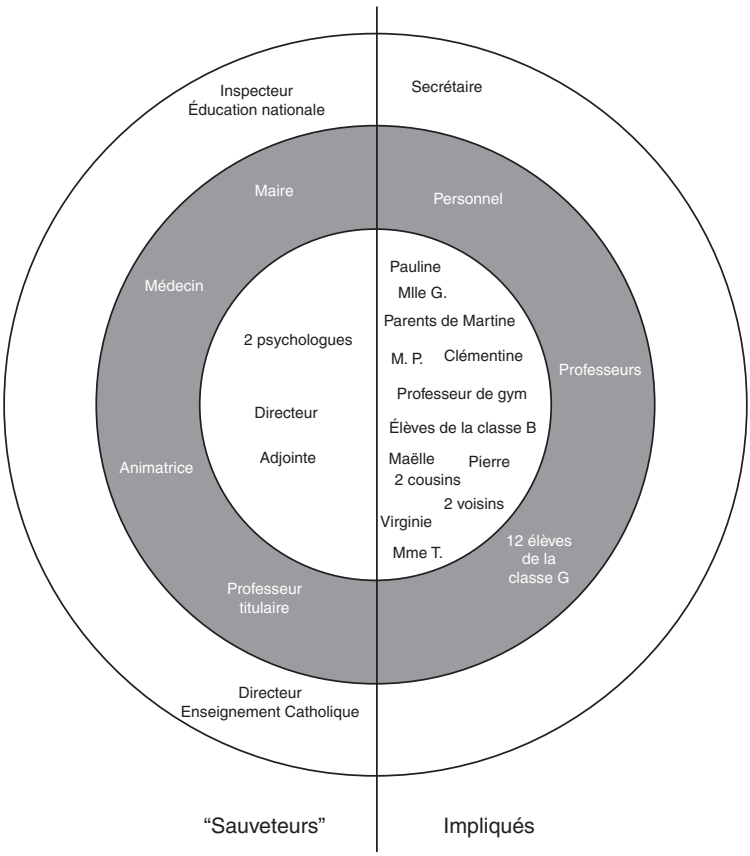

FIGURE 1.2. CERCLES DE VULNÉRABILITÉ (LIÉ AU CAS CLINIQUE P. 35-36.).

Le grand intérêt de cette technique des « cercles de vulnérabilité » est de visualiser dans un même schéma le niveau du risque psychique et la nécessité globale de protection. Ceux qui se trouvent dans le cercle central, d'un côté ou de l'autre de la ligne médiane, courent un risque psychique élevé du

fait de la surcharge émotionnelle qu'ils doivent supporter. Si l'on applique l'exemple du risque d'exposition à une radiation atomique, près du centre, tout le monde encaisse des fortes radiations ; loin du centre, on reçoit des doses beaucoup moins nocives. Il est nécessaire, dans les catastrophes atomiques comme dans les catastrophes psychiques, d'aller secourir les blessés, mais à condition de ne pas utiliser n'importe quelle méthode, et de ne pas y aller sans protection efficace. En effet, les radiations atomiques comme les chocs psychiques graves provoquent des blessures invisibles et à effet différé chez les victimes comme chez les sauveteurs.

Grâce à cet outil synthétique, les populations à risque apparaissent immédiatement ; reste à trouver, pour chaque individu, les aides appropriées, sachant que les premières mesures d'assistance immédiate ne vont pas résoudre en quelques heures toutes les difficultés. Dans les premiers jours, réussir à faire passer une personne d'un cercle élevé de vulnérabilité à un cercle moyen est un objectif important : la mission première de protection est remplie.

Cette technique de repérage systématique est à réaliser dans les 48 heures qui suivent un drame majeur. Les jours suivants, on ajuste le positionnement initial en fonction des évolutions constatées. C'est un outil essentiel pour aider la cellule de crise ou d'accompagnement à prendre les décisions ou orientations appropriées. Lors des crises mineures, cette technique n'est pas indispensable ; l'avoir à l'esprit, voire la réaliser, permet cependant de veiller à l'évolution psychique des impliqués comme à celle des personnes qui apportent soutien et réconfort.

3.8. Réactions des adolescents et des adultes à l'annonce d'un décès

Avant de décrire ces comportements, il faut préciser que le rapport à la mort a évolué au cours des siècles. Ariès (1975) et Vovelle (1993), notamment, ont développé une approche historique et sociologique de ce rapport. Dans nos sociétés occidentales contemporaines, la disparition des coutumes liées au deuil est l'expression du déni de la mort. Un soutien moral important a été perdu : recevoir la consolation d'autrui, pleurer avec les autres réconforte grandement l'endeuillé. Cependant, la fin du XX^{e} siècle a vu renaître une conscience sociale autour de l'accompagnement des personnes en fin de vie. Le développement des soins palliatifs, d'associations de proximité illustre la volonté de sortir les personnes concernées et leurs proches de la solitude. L'aide récente envers les victimes s'inscrit dans cette évolution.

Différents auteurs ont étudié les réactions habituelles des êtres humains lors des moments douloureux qui suivent l'annonce d'un décès. Nous allons rappeler brièvement une partie de leurs travaux théoriques et cliniques, car ils constituent les soubassements théoriques des pratiques d'aide immédiate et post-immédiate.

Rappelons tout d'abord que la mort d'une personne n'induit pas nécessairement un deuil chez autrui. L'affliction résulte de facteurs d'attachement et nécessite des liens préalables. La personne disparue doit avoir de

l'importance pour celui qui l'a perdue. Attachement et perte forment ainsi le socle du deuil. La séparation fait percevoir douloureusement les limites et la finitude humaines. Elle confronte l'individu à sa propre mort, à la perte, à la peur d'être privé d'une partie de son être. Quelle partie de nous-mêmes perdons-nous lorsque nous perdons un être aimé ?

À notre époque, les humains ne sont guère préparés à vivre la mort :

> En réalité nous avions coutume de nous comporter comme s'il en était autrement. Nous avons manifesté la tendance évidente à mettre la mort de côté, à l'éliminer de la vie [...] Personne au fond ne croit à sa propre mort, ou ce qui revient au même : dans l'inconscient chacun de nous est convaincu de son immortalité. (Freud, 1915)

Par ailleurs, la mort n'entraîne pas les mêmes effets s'il s'agit d'une mort accidentelle, d'une mort par suicide, d'une mort individuelle ou collective, d'une catastrophe, ou encore s'il s'agit d'une personne de grand âge ou d'un enfant.

Bien que le deuil soit un facteur de déséquilibre, il ne génère pas seulement des effets négatifs. Il peut favoriser les changements et la croissance de la personne. Le travail ou processus de deuil est le passage d'une perte subie à une perte acceptée : c'est un processus de renonciation.

Hanus (1994), reprenant les travaux de Bowlby, décrit les quatre phases du processus de deuil :

– une phase d'engourdissement, qui dure de quelques heures à une semaine, qui peut être interrompue par des accès de détresse extrêmement intenses et/ou de colère ;
– une phase d'alanguissement et de recherche de la personne perdue durant des mois et quelquefois des années ;
– une phase de désorganisation et de désespoir ;
– une phase de plus ou moins grande réorganisation.

Le choc initial est le résultat de l'accroissement de la tension émotionnelle qui aspire à être déchargée. Une étape est franchie lorsque les émotions pénibles commencent à se manifester. La phase dépressive, au cœur du deuil, ne peut se vivre qu'avec une prise en compte du choc initial (reconnaissance de la perte). Le travail de deuil ne s'effectue vraiment que dans cette période dépressive. Il existe une différence sensible entre une perte subite, inattendue et celle que nous savons arriver à un moment attendu.

La première réaction à la mort d'une personne proche est souvent le refus, accompagné d'un cri de stupéfaction : « Ce n'est pas possible ! » Les sentiments d'écrasement voire d'anéantissement sont fréquents, comme le refus de la réalité. L'individu se défend par une attitude régressive face à cette confrontation à l'irrémédiable. Lors de cette première décharge des affects, les réactions physiques sont multiples (malaise, tension intérieure, évanouissement, tachycardie, hypotension, oppression thoracique, crampes, etc.). Le choc somatique peut s'amplifier, surtout si le désarroi psychique est inhibé ; des maladies physiques peuvent se développer.

Le choc se révèle plus violent en cas de mort subite ; il vient bloquer le travail de deuil. Les drames surviennent de manière particulièrement

brutale et échappent à toute prévision, entraînant parfois des morts multiples et violentes. Ils peuvent amener, dès le départ, des états de confusion chez les survivants et les impliqués. Ils peuvent évoluer ensuite vers des deuils traumatiques ; des aides particulières sont alors recommandées.

Le temps normal du travail de deuil est très variable. Lorsque des complications adviennent, deuil pathologique ou stress post-traumatique notamment, le temps de l'apaisement et de l'acceptation s'accroît considérablement. Durant tout le temps du deuil, les adultes comme les adolescents se montrent plus vulnérables mais, comme à toute étape de changement, ils peuvent aussi parfois, au travers des épreuves, expérimenter un nouvel équilibre personnel et retrouver de nouveaux investissements.

3.9. Réactions des enfants à l'annonce d'un décès

Les enfants ne vivent pas la mort comme les adultes. Leurs représentations évoluent en fonction des connaissances objectives qu'ils acquièrent peu à peu, au fil de l'âge. Ils vivent au départ dans un monde psychique de toute-puissance. Leur pensée fonctionne sur un mode magique où les désirs et les pensées ont autant de valeur que les actes. Leurs manières de voir la réalité sont différentes des nôtres et ne fonctionnent pas selon notre logique adulte.

> Je reçois en consultation un enfant de 9 ans pour des troubles de l'attention en classe et des difficultés scolaires importantes. Je procède comme à mon habitude en plusieurs rendez-vous pour effectuer un bilan. J'observe dans son comportement de nombreux « décrochages » où je vois son regard se perdre derrière moi, par la fenêtre. Je finis par lui demander ce qu'il regarde comme cela, ce qui l'attire dans le ciel. Et il me répond qu'il regarde s'il voit sa grand-mère, qui est morte récemment, dont on lui a dit qu'elle était partie au ciel.

Cette observation souligne l'interrogation de l'enfant par rapport à la disparition, et le trouble persistant – puisqu'il y a une fixation de la pensée magique – qu'entraîne l'absence de réponse des adultes à une question qu'ils n'ont pas perçue.

En général, la conception de la mort chez les enfants varie en fonction de leur maturité, mais tous les enfants pensent que la mort n'est pas naturelle. Pour eux, « on ne meurt pas, on est tué ».

En réalité, les enfants acquièrent progressivement la notion de l'universalité de la mort, lorsqu'ils y sont confrontés eux-mêmes. Quand la mort d'un proche survient, ce qui va primer pour l'enfant, c'est d'abord le danger, réel ou imaginaire, suscité pour sa sécurité personnelle. Renvoyé à son impuissance, à sa dépendance, l'enfant recherche des moyens de se rassurer. Le fait d'en parler sans danger au milieu de ses pairs lui donne alors la possibilité de partager des solutions. Quand c'est un camarade qui vit cet événement douloureux, l'enfant le ressent d'autant plus qu'il s'identifie à lui, qu'il s'imagine à sa place.

Cas clinique

Vendredi, vers 18 heures, une maison s'est enflammée. Valérie, élève de CE2, s'est sauvée de la maison pour donner l'alerte, pendant que sa mère tentait de sauver ses trois plus jeunes enfants : Antoine, élève de CP, Charles, élève de maternelle, Éric, nourrisson d'à peine un an.

Le lundi, le chef d'établissement, les larmes aux yeux, décrivait ce qu'il avait vu le vendredi : l'embrasement de la maison, la mère qui pleurait et criait *« mon bébé, mon bébé »*, les gendarmes qui l'empêchaient de retourner dans le brasier pour chercher Éric, les pompiers sortant le corps de l'enfant, les infirmiers du Samu qui l'emportaient en lui faisant signe qu'il était trop tard pour le sauver.

Lors de l'intervention des psychologues, Valérie, présente dans sa classe, a accepté de répondre aux questions de ses camarades. Puis, les enfants ont exprimé très directement leur inquiétude : *« Et si cela nous arrivait ? »* Pour la plupart, ils avaient mal dormi : *« Je fais des cauchemars, je crois que ma maison, elle brûle. »* Plusieurs enfants ont évoqué les incendies de l'été à proximité de leur camping. Ce fut l'occasion d'évoquer les « trucs » de chacun pour trouver le sommeil ou chasser la tristesse qui les envahissait par moments. Ils se montrèrent soulagés d'avoir pu parler ensemble de leur peur et des souvenirs douloureux associés à cette situation.

Dans la classe d'Antoine, les enfants ont aussi évoqué leur peur, les difficultés pour dormir, le besoin d'être rassuré par les parents, le soulagement d'avoir retrouvé Antoine. Celui-ci s'est peu exprimé, sauf pour dire que pour ne pas être triste : il *« joue avec le bateau pirate »* donné par une petite fille de sa classe.

Quelques jours après le drame, l'émotion générale était passée. Les enfants demandèrent à revenir sur les événements. Les discussions entre élèves leur apprirent qu'ils n'étaient pas seuls à craindre un incendie dans leur propre maison, à faire des cauchemars, à trouver refuge auprès des parents. Ils découvrirent les ressources utilisées par chacun pour dominer sa peur, pour dépasser sa tristesse. Ils éprouvèrent l'importance des camarades, de leur enseignante, des temps d'activités scolaires où on peut se parler.

Quelques repères concernant la conception de la mort sont présentés dans l'encadré 1.1.

Encadré 1.1.
Conceptions de la mort en fonction de l'âge (d'après Hanus, 1994)

En dessous de 5 ans

L'enfant ne reconnaît pas la mort comme telle. Ce n'est pas un fait irréversible. Il attribue aux morts vie et conscience.

La mort est au départ un sommeil, ce qui revient à nier l'essence même de la mort.

Il reconnaît ensuite le fait physique de la mort, mais n'est pas encore capable de le distinguer de la vie. Il considère la mort comme progressive et temporaire.

La mort est donc déniée comme processus terminal et régulier.

Entre 5 et 9 ans

La mort est souvent personnifiée à cette étape. La personnification de la mort se présente soit comme un personnage distinct (deux tiers des cas), soit comme identique au défunt. Cette confusion entre la mort et le mort témoigne de la pensée concrète de l'enfant. Si la mort est une personne, il est possible de lui échapper.
Cette représentation de la « mort-homme » est invisible ; elle est un être sans corps, elle est invisible, circule en secret, surtout la nuit.
Cette conception est plus réaliste qu'au premier stade, car elle reconnaît la réalité de la mort et son caractère définitif. Elle est projetée à l'extérieur pour s'en protéger.

À partir de 9 ans

La mort est conçue comme un processus qui se déroule selon certaines lois, en particulier la cessation des activités physiologiques. Quand l'enfant comprend que la mort est un processus opérant à l'intérieur de la vie, il saisit sa nature universelle.

L'évolution n'est pas toujours aussi linéaire que ce qui est indiqué dans l'encadré 1.1. En situation de crise, nous observons, chez certains enfants, des étapes qui paraissent « sautées », comme si le choc de l'événement les propulsait plus brutalement que dans le processus habituel vers l'étape suivante. Les temps d'expression en groupe ou en individuel semblent favoriser un tel franchissement vers un stade cognitif et affectif plus évolué.

Les manifestations du deuil chez l'enfant ne s'expriment pas comme chez l'adulte et, de ce fait, passent souvent inaperçues. Actuellement, les soignants se rendent compte que la dépression de l'enfant est largement sous-évaluée dans sa fréquence et dans son importance, notamment au cours d'un deuil lié à la perte d'un parent, d'un grand-parent, d'un frère ou d'une sœur, d'un camarade, etc. Les premiers signes sont les changements de caractère et les variations du comportement à la maison et à l'école. Souvent, l'enfant développe, ou redéveloppe, des angoisses d'abandon. L'humeur devient instable, l'anxiété à fleur de peau. On peut repérer des difficultés d'endormissement, un manque d'appétit, une fatigue inhabituelle, une régression dans les apprentissages de la propreté pour les plus jeunes, etc. L'enfant peut également tomber malade.

Le deuil de l'enfant est donc vécu en fonction de l'évolution de ses capacités intellectuelles, affectives et cognitives. L'expérience clinique nous a appris à ne pas négliger les vécus dépressifs chez les enfants, mais à nous méfier également de la tendance de certains parents à accentuer la moindre plainte de leur enfant. Lors des situations de crise majeures, nous devons aider un certain nombre de pères et de mères de famille à conserver leur calme et à garder un certain bon sens. Sinon, effectivement, leurs enfants risquent de développer des troubles dépressifs réactionnels.

Des adultes nous interpellent parfois pour nous dire leur surprise face à l'« absence » de réactions d'un enfant touché par une mort proche. Ils ne savent pas comment interpréter cela, s'inquiètent de ne pas voir les manifestations attendues : pleurs, émotions, chagrin. L'équilibre de la personne leur paraît menacé. En fait, ce mode de réaction se met en place d'emblée, pour faire barrage aux émotions insupportables, trop fortes qui représentent une menace pour le psychisme. Dans ce que Hanus appelle le deuil différé, ce déni momentané a pour but de protéger la permanence du moi. La perte d'objet crée une effraction dans le psychisme et le sujet doit isoler momentanément cette partie plus fragile de son mental, jusqu'à ce que – et cela peut prendre du temps – la psyché ait réorganisé les investissements d'objets. L'illusion de l'objet est remplacée peu à peu par son absence et la période dépressive peut se mettre en place sans menacer l'intégrité du moi.

Par ailleurs, une question se pose. Le cinéma, la télévision, Internet ont-ils un effet sur la perception de la mort chez les enfants ? Qu'en est-il du degré de protection pour des jeunes « avalant » des heures d'images sans contrôle des adultes, sans « traduction » des messages reçus ? Les séries télévisées, les films et les actualités véhiculent des images de mort parfois trop difficiles à comprendre et à distancier. Comment un enfant peut-il décoder la part de la vie réelle de celle de la fiction lorsqu'il est alternativement confronté à l'actualité en direct (tremblement de terre, attentat, accident de la route, meurtre, etc.) et aux films ou séries télévisées où la mort est omniprésente ? Tisseron (2000) montre que les images qui bouleversent sont celles qui entrent en résonance avec des traumatismes personnels. Bègue (2003) constate des effets négatifs sur les enfants déjà repérés comme agressifs. Toutes ces études rappellent l'importance de l'action protectrice des adultes.

Lors des drames, en tant que professionnels, nous sommes sensibles à cette fonction de « pare-excitation », principalement si l'événement est médiatisé. Nous conseillons souvent les enseignants et les parents sur ce point et leur demandons d'adapter leur conduite en fonction de l'âge des enfants.

4. Le positionnement progressif des psychologues

En écho à la vulnérabilité des individus lors des drames, comment ne pas évoquer les interrogations et les doutes qui ont assailli les professionnels au cours de la construction du protocole (évoquée en détail dans le chapitre 2) ? La prise en compte des résistances au changement n'a pas constitué un obstacle insurmontable, mais un moyen pour fonder une pratique novatrice ; attitude résiliente certes, mais qui ne se construit pas sans recherche personnelle ni collective. Elle rappelle au professionnel le temps nécessaire au cheminement humain et l'aide, sans doute, à mieux respecter le rythme des endeuillés. L'attitude créatrice, résiliente qui s'est

révélée au cours de notre progression professionnelle ne doit pas faire oublier la vigilance qu'il faut maintenir lors de la pratique du soutien spécialisé. Ce dernier, en effet, s'il apporte des satisfactions, n'en demeure pas moins un vécu risqué.

4.1. Les résistances

4.1.1. Résistances envers la médiatisation

Lors des premières années, l'attention médiatique prêtée à l'intervention des psychologues dans les cellules d'urgence ou de crise a été mal perçue par les psychologues. De nombreux professionnels désapprouvaient ou étaient à tout le moins perplexes devant la publicité faite de leur travail, le cadre exceptionnel, la mise sur le devant de la scène. Cela concourait au malaise du psychologue de l'éducation, habitué à travailler dans la confidentialité et l'intimité de la psyché, dans le cadre restreint d'un bureau ou, éventuellement, celui d'une salle d'école. D'une logique de travail centré sur la personne, il fallait passer à une logique de travail centré sur un groupe. S'ajoutait aussi la crainte que soit transmise une image faussée du travail des psychologues, donnant peut-être à penser que leur présence effacerait la souffrance comme par magie. De plus, il était inimaginable qu'un travail d'accompagnement sérieux puisse se réaliser dans ces conditions.

Enfin, l'éventualité de contacts avec la presse ne correspond pas à la culture de la profession, établie sur la discrétion. Ils sont pourtant nécessaires et utiles pour donner des repères sur les impacts d'un traumatisme et les soutiens à rechercher. Ils sont également l'occasion d'informer sur le travail d'un psychologue dans ces circonstances. Plusieurs situations ont montré que les informations et les conseils transmis par les journalistes ont eu un effet apaisant auprès des familles. Si la confidentialité des entretiens est préservée, la collaboration bien pensée avec les journalistes peut avoir un rôle positif.

4.1.2. Résistances envers une intervention jugée intrusive

Une deuxième objection, souvent évoquée, rejoint une opinion courante qui rappelle que la mort, les accidents, les drames ont toujours fait partie de la vie et que, « jusqu'ici, on se débrouillait bien sans les psy » ! Sans doute, mais parfois à quel prix…

C'est tout de même un étrange paradoxe de reprocher au psychologue d'apporter assistance à des êtres en grande difficulté alors que son code de déontologie lui rappelle que sa première mission est le soutien psychique aux personnes. En fait, la position commune est justifiée pour une part, car elle escompte la capacité de résilience des individus. Si la majorité des personnes confrontées à une crise s'en sortent sans dommages, pour quelques autres, l'événement est plus difficile à gérer.

L'autre versant de cette objection concerne le fait d'« aller au-devant de la demande », ce qui est contraire à toute la formation initiale des psychologues et même au code de déontologie qui nous rappelle dans le titre I

article 1 que le psychologue « n'intervient qu'avec le consentement libre et éclairé de la personne ». Cette phrase consacre la « sacro-sainte demande », sans laquelle aucun psychologue digne de son titre ne saurait exercer.

Des réactions de perturbation chez les adultes et les jeunes confrontés à un drame ou une crise dans leur établissement sont apparues suffisamment récurrentes pour être significatives et nécessiter une approche spécifique. Cela nous a conduits à argumenter pour mettre en accord la nécessité pressentie de l'intervention en l'absence de demande clairement formulée. Dans la plupart des crises, en effet, la demande ne vient pas a priori des individus, mais nous la recevons du chef d'établissement. C'est lui qui juge si la situation nécessite la présence du psychologue ou si son équipe pédagogique peut faire face. Dans les situations graves, le bouleversement est si grand que même le recours extérieur ne peut être pensé ; il arrive qu'aucune demande ne nous soit faite, car les adultes, eux-mêmes en état de choc, sont dans l'incapacité de faire appel à l'extérieur. Nous prenons alors l'initiative du contact, mais nous attendons un ordre de mission de notre employeur.

> En début de semaine, une directrice d'école contacte les services de l'Enseignement catholique à la suite d'un signalement pour inceste, qu'elle a dû faire à la gendarmerie avant le week-end. Elle parle au service de pédagogie, de psychologie, mais n'a pas de demande précise. L'entretien téléphonique laisse cependant la psychologue dans l'impression que la personne est sous tension et peine à garder son contrôle. Elle propose donc de la rencontrer pour l'aider à déterminer s'il y a des mesures particulières à prendre. La directrice accepte, en mettant en avant une possible intervention auprès des camarades informés et de sa collègue, institutrice de l'enfant concernée. La veille du rendez-vous, le directeur de l'enseignement avertit la psychologue qu'il a eu la directrice très longuement au téléphone et que celle-ci annule la visite : tout va bien. Néanmoins, le directeur n'en est pas convaincu. Après discussion, il demande à la psychologue de maintenir son déplacement. La directrice en est informée et y consent.
>
> L'entretien qui aura lieu avec cette personne lui permettra d'évoquer une partie des sentiments ressentis durant cette semaine. Une grande émotion s'exprime lorsqu'elle évoque le double sentiment de trahison qui l'a submergée : le sien envers l'enfant, qu'elle n'a pas sentie en danger et qu'elle se reproche de n'avoir pas protégée, et celui de la famille envers elle, la directrice, qui avait confiance en ces personnes, pouvait leur faire appel pour l'école. Elle se sent trahie, « abusée » elle-même.
>
> Quelques mois plus tard, la directrice et la psychologue se rencontrent au cours d'une réunion institutionnelle. La directrice remercie alors la psychologue d'avoir un peu forcé la rencontre, car elle n'a pris conscience que dans les jours suivants combien elle était affectée par cette histoire. Elle pensait pouvoir s'en sortir seule, mais en fait elle n'arrivait pas à endiguer les émotions qui l'envahissaient avant la visite. Leur entretien lui a permis de mettre au jour ces points qui la touchaient et elle a pu par la suite mettre une distance entre cette situation et ses émotions propres.

> Sans cette intervention, a-t-elle confié, elle aurait continué à ressentir les troubles du sommeil et la difficulté de concentration pour travailler apparus à ce moment. Elle n'en avait rien dit à l'époque.

Cette expérience montre l'intérêt de proposer une écoute clinique aux éducateurs en prise avec une situation critique. Pour de nombreux jeunes, le simple fait de déposer les émotions ressenties et de les discuter, en groupe le plus souvent, avec le psychologue, permet un rapide retour à la normale ; pour d'autres, la possibilité de venir individuellement évoquer des événements antérieurs sollicités par le drame actuel est également une source de soulagement.

4.1.3. Résistances envers l'approche groupale

C'est là une difficulté professionnelle réelle pour les psychologues. Il faut abandonner le contact individuel pour une approche de groupe, auprès des adultes dans un premier temps et des jeunes ensuite. Ceux-ci préfèrent le plus souvent être reçus avec leurs copains pour évoquer leur peine.

La charge affective qui s'exprime au cours de ces rencontres fait craindre au psychologue de ne pouvoir endiguer la dimension imprévisible et l'intensité des affects. Le psychologue, par sa formation, sait contenir la souffrance individuelle, mais se sent désarmé devant son expression collective. Pourtant, la pratique montre comment le soutien mutuel s'organise spontanément : les jeunes qui semblent les plus touchés sont visiblement pris en charge par leurs camarades.

4.1.4. Résistances face à l'implication personnelle

Les résistances des psychologues tiennent aussi au fait que ces situations imposent un engagement personnel, assez loin de la « neutralité » habituelle dans laquelle se tient, d'ordinaire, le professionnel. Il faut assumer la fonction de conseiller. Elle demande une aptitude à réagir rapidement, à soutenir les individus moins informés. Tout cela se passe rapidement et met à l'épreuve la capacité de jugement du psychologue. Le sentiment d'engager sa crédibilité non seulement pour la situation présente, mais aussi pour la collaboration à venir paraît alors fondé.

Par ailleurs, les crises sont des situations difficiles où le psychologue peut craindre d'être lui-même déstabilisé. La rencontre avec la mort déclenche, chez lui aussi, des mouvements psychiques qui peuvent trouver un écho dans son histoire personnelle. Une bonne connaissance de soi (nécessaire a priori pour exercer ce métier, mais là, plus encore) et de ses failles par rapport à la vie est importante afin de n'engager ni soi ni les autres dans une rencontre qui pourrait être désastreuse pour tous.

4.1.5. Résistances face à l'imprévu

Un autre point suscite une réticence à intervenir : le bouleversement dans l'emploi du temps du psychologue que provoque toute intervention en situation de crise. Nous ne perdons pas de vue qu'un tel argument peut paraître sinon incongru du moins déplacé par rapport aux situations

évoquées et aux personnes en souffrance, mais les psychologues de l'éducation ont un emploi du temps serré et un nombre important de demandes programmées à l'avance. Les familles attendent ces rencontres et l'imprévu peut allonger les délais. La solution réside dans une organisation qui favorise la réactivité et prévoit un temps suffisant pour faire face à l'éventualité d'une crise.

4.1.6. Résistances face à la survictimisation

Nous nous sommes intéressés récemment au phénomène de survictimisation, car depuis quelque temps, nous commençons à le voir apparaître dans les situations graves. L'équilibre à respecter dans l'accompagnement des victimes, en leur donnant leur juste place, est délicat ; aussi, il nous a semblé mériter un examen particulier.

En France, la victimologie s'est vue consacrée comme discipline universitaire récemment, dans les années 1990. Elle connaît aujourd'hui un grand développement ; les références, les auteurs sont nombreux, les formations universitaires également. Toutefois, la victime n'intéresse pas que les chercheurs, elle est aussi très « sollicitée » par les médias. Elle est devenue « sujet de société », de débat, elle alimente même le discours politique.

La « victimisation » a peut-être favorisé cette évolution. Au départ, il y a en victimologie une enquête de *victimisation* ; celle-ci est définie par Damiani (1997) comme l'« ensemble des conséquences médicales, juridiques, socio-économiques, professionnelles, psychologiques d'un accident traumatique ». Ces enquêtes servent à établir les préjudices qui seront pris en compte au cours des procès, dans les réparations dues à la victime.

Des associations, des groupes s'en sont emparés pour faire valoir ce qu'ils estiment être leur droit à réparation pour des préjudices subis, récents ou anciens, individuellement ou collectivement. Au premier sens, s'est ajouté insidieusement celui d'une tendance à s'enfermer dans le statut de victime ; certains l'ont même utilisé et en ont fait un outil de manipulation sociale, d'où les polémiques entre les défenseurs des victimes et les dénonciateurs de la « culture de la plainte » (Hugues, 1993). Des propos, plus ou moins virulents selon les auteurs, mettent en garde contre la sacralisation des victimes et la naissance d'une société victimaire. Eliacheff et Soulez Larivière (2007) défendent l'idée que la victime représente la forme moderne du héros, « celui qui a réussi à s'extraire de la foule indistincte de ses semblables ». La compassion, la distinction dont les victimes sont l'objet rendraient cette position enviable. Plus grave, la fascination exercée sur le public par les « vrais » malheurs et les bénéfices à être considéré en victime encourageraient certains à des revendications excessives, au-delà et même a contrario d'effets favorables à leur rétablissement.

Dans le champ qui est le nôtre, celui de l'école, il convient donc d'être attentif à tous ces risques, lorsqu'un drame peut donner lieu à médiatisation.

D'une façon plus générale, nous ressentons cette évolution vers une tendance à « victimiser » les personnes, à « appeler le psy » quel que soit

l'événement. Les parents sont les premiers à demander que leur enfant rencontre le psychologue, lorsqu'une situation dramatique s'est produite, parfois même contre l'avis de leur enfant ; refus que nous respectons, bien évidemment.

La crainte, un peu généralisée dans les établissements, du reproche de négligence par rapport au « confort psychologique » des jeunes brouille parfois le discernement dans l'appel au psychologue. Tous les décès ne produisent pas des traumatismes et les adultes doivent conserver leur place d'aînés et de guides des plus jeunes face aux épreuves de la vie.

La plupart du temps, les bons rapports que nous entretenons avec les équipes des établissements permettent que notre approche professionnelle soit respectée. Les directions nous laissent évaluer la nécessité d'une intervention, juger des risques psychologiques pour les personnes.

4.2. Un vécu risqué mais stimulant

Que la gestion de crise comporte des dangers est une évidence. Une formation spécialisée est précisément indispensable pour affronter des risques qui peuvent aller jusqu'à l'installation d'un état de stress aigu voire post-traumatique chez les intervenants.

Voir fiches P1 et P2, p. 151 et 153

Ils peuvent être contaminés par le chaos ambiant et ne plus pouvoir contenir leur propre désarroi interne. En quelque sorte, les sauveteurs sont emportés à leur tour par la tempête, devenant des naufragés supplémentaires. Pour aider à la compréhension de ces réalités, nous allons présenter quelques phénomènes, inhérents à toute relation d'aide, mais qui se trouvent amplifiés par le type de relation particulière qu'induisent les personnes en détresse.

4.2.1. Amplification des phénomènes transférentiels

Nos professions de « relation d'aide » nous engagent dans un type particulier de rapports humains. La nature même de ces relations où l'un est en demande vis-à-vis d'un autre porte en elle la dimension de transfert. C'est la transposition, le report sur une autre personne des sentiments, désirs ou modalités relationnelles jadis organisés ou éprouvés par rapport à des personnages très investis de l'histoire du sujet. Le transfert est un lien fait d'attente, d'illusion et d'espérance, fondamentalement une quête d'amour. Après les drames, les jeunes ou les adultes vont ainsi rechercher à satisfaire, auprès des psychologues, leurs besoins fondamentaux de protection et de soutien. Par rapport au travail ordinaire, ces phénomènes sont amplifiés, car le désarroi est tel que la demande d'amour ou de réassurance s'en trouve accentuée. La prise en compte du contre-transfert doit tenir compte de ces phénomènes puissants, versatiles et potentiellement dangereux. Le psychologue intervient en tant que professionnel, certes, mais en tant qu'être humain, il n'en est pas moins atteint par les émotions véhiculées par la

succession des personnes déstabilisées ou angoissées qu'il reçoit. Il peut alors ressentir ces mêmes sentiments et les renvoyer en miroir : appréhension face à un groupe qui ne dit rien, qui reste sidéré ou, à l'inverse, qui verbalise bruyamment sa souffrance. Une telle manifestation d'angoisse contre-transférentielle peut entraîner des réponses défensives inadaptées ; quelques illustrations : répondre par des clichés, interpréter les attitudes ou les émotions au lieu de les accueillir, arrêter trop vite les temps d'expression, donner trop rapidement des conseils, annuler les sentiments de culpabilité.

Les phénomènes de transfert et de contre-transfert ne se limitent pas à la sphère de la relation duelle ; ils sont aussi à l'œuvre dans la dimension institutionnelle. Ils sont constitués par la réunion des transferts individuels sur les professionnels et vont se développer de manière plus ou moins forte avec des tonalités positives ou négatives, en fonction de plusieurs facteurs. On peut les regrouper selon trois catégories :

– le positionnement institutionnel, qui dépend du degré de confiance accordé au psychologue par l'équipe éducative ;
– l'importance de la dimension technique et professionnelle : le psychologue s'appuie-t-il sur un protocole ou bien fonctionne-t-il seulement à l'intuition ? Les responsables institutionnels connaissent-ils les objectifs du protocole ?
– la dimension personnelle de l'action du professionnel : répond-il de manière figée ? Adopte-t-il une attitude défensive d'interprétation des comportements et des émotions ? Peut-il s'adapter avec humanité aux demandes réelles ?

L'institution est un « objet » social et relationnel chargé d'affects. Selon les facteurs qui viennent d'être évoqués et l'histoire de l'école, le psychologue peut bénéficier d'un transfert global favorable ou non. Le risque pour le psychologue est réel dans les interventions de crise, car tous ces phénomènes liés aux différents niveaux de transfert sont difficiles à percevoir, se trouvent amplifiés, donc plus difficiles maîtriser. Sans préparation, sans expérience et en choisissant de rester seul, le psychologue se met réellement en danger psychique.

4.2.2. Amplification des phénomènes narcissiques

Dans les situations dramatiques, certains professionnels peuvent éprouver le sentiment de ne pas « être à la hauteur » ou d'être complètement « dépassés » par l'ampleur de la tâche. Cette sensation d'incompétence peut devenir envahissante, entraîner une douleur morale intense et un ébranlement des assises narcissiques. Il est important de ne pas rester seul avec ce type de ressenti, de se faire épauler et de décider s'il est prudent, pour soi ou pour les autres, de poursuivre.

Nos interventions dans les situations de crise nous placent en position d'autorité, en experts de la prise en charge des victimes. Nous pouvons, si nous n'y prenons pas garde, être idéalisés et investis d'une mission démesurée. Il importe donc de rendre lisible ce que nous organisons, de

l'expliquer, notamment auprès des responsables institutionnels afin de ne pas entretenir l'illusion d'un savoir-faire extraordinaire. On comprend qu'un professionnel puisse se sentir flatté d'être mis à une telle place, mais en ce domaine, la prudence et l'humilité restent des vertus essentielles. La référence à un protocole permet de médiatiser la relation entre psychologues et impliqués. Dans des relations d'aide, très chargées émotionnellement, il faut toujours se référer à un cadre explicite, à des missions précises et limitées dans le temps.

Des rivalités de pouvoir surgissent parfois entre les différents responsables ou entre les autorités politiques et les professionnels de l'aide. Ces antagonismes peuvent blesser profondément les protagonistes ; le niveau narcissique peut être touché, surtout si les rivalités sont exposées par les médias. Le rôle des dirigeants des équipes d'intervention est essentiel : calmer les esprits et fixer clairement les attributions de chacun. La mise au point de protocoles communs et les négociations préalables entre les partenaires servent, entre autres, à éviter la survenue de tels problèmes pendant les interventions.

Sur les phénomènes transférentiels et narcissiques à l'œuvre dans les relations d'aide, il existe une abondante littérature psychanalytique que les intervenants en gestion de crise ont tout intérêt à consulter puis à adapter à leur contexte particulier, mais en tenant compte de l'amplification des phénomènes rencontrés. Par ailleurs, l'analyse transactionnelle propose des concepts différents mais fort utiles pour contrer certains risques.

4.2.3. Position de Sauveur[2]

Nous pouvons rencontrer, dans un contexte de crise, des victimes, selon la terminologie de l'analyse transactionnelle (Berne, 1966). Ce sont des personnes qui se plaignent pour que d'autres résolvent leurs problèmes. Elles cherchent un parent imaginaire qui leur serve de sauveur. Un jeu de sauvetage peut s'installer : des personnes déstabilisées par le drame vont se considérer comme victimes imaginaires et chercher un parent imaginaire protecteur, un sauveur. Le psychologue, de son côté, peut se placer d'emblée dans une position de parent sauveur et rechercher une victime imaginaire pour combler son besoin de rendre service, de se sentir important et reconnu. Il se laisse alors entraîner dans un système relationnel piégé par des croyances. Comme dans la plupart des professions sociales, le psychologue peut endosser l'habit du sauveur, celui qui viendrait résoudre les problèmes de l'autre, habité par la contrainte interne de répondre positivement. Un des pièges inhérents à la fonction de psychologue est d'être sollicité indirectement dans une fonction d'ordre parental. En étant vigilant à ne pas « assister » démesurément, le psychologue s'oppose à une attente très puissante de la société actuelle : la survictimisation.

2. Les concepts de l'analyse transactionnelle prennent une majuscule pour exprimer des jeux psychologiques (Berne, 1966).

> Après un drame et l'évaluation téléphonique initiale, Mme C., chef d'établissement, attend les deux psychologues devant intervenir dans son établissement. Après un bref état des lieux sur la situation, Mme C. leur livre une partie de son histoire personnelle et leur demande de recevoir sa propre fille adolescente (élève dans le collège) qui *« en a bien besoin »*. *« Vous savez c'est dur et avec ça maintenant ! »* Cela fait plusieurs années qu'elle va mal. Elle va lui dire de venir lorsque les entretiens individuels seront proposés aux jeunes.

Nous voyons bien, dans cette incitation, combien le psychologue pourrait se laisser « attraper » par la plainte et la demande de ce chef d'établissement (victime). Si le psychologue endosse sa cape de sauveur, il répond à une demande qui n'est pas celle de la fille et qui n'entre pas dans le cadre normal d'une intervention d'urgence.

Dès qu'un professionnel perçoit les amorces d'un jeu de sauvetage, il doit l'interrompre et relayer vers un autre soignant, pour déterminer si la victime relève effectivement d'une prise en charge spécialisée. Jouer à être le sauveur entraîne les protagonistes dans un système de relations d'interdépendance, renforce la passivité des victimes et développe des sentiments de dévalorisation. Pour pallier ce risque, le professionnel sollicite les ressources des personnes et soutient leur résilience.

Pour conclure cette évocation rapide et parcellaire de l'approche préconisée par l'analyse transactionnelle, rappelons la série de questions proposée avant toute intervention par Steiner (1996) :

> Est-ce de ma responsabilité ? Suis-je capable, c'est-à-dire compétent ? Ai-je envie d'aider l'autre ? Suis-je invité explicitement ? S'il y a quatre réponses positives, allons-y. S'il y a un non, réfléchissons avant d'agir. S'il y a deux non, alors n'y allons pas.

Ces quatre questions peuvent être considérées comme la trousse de secours du sauveur. On pourrait ajouter : y a-t-il quelqu'un d'autre que moi qui peut mieux y répondre ? La pertinence de ce questionnement est indéniable. Il ne s'agit pas de fuir ses responsabilités, mais d'éviter les pièges des demandes excessives.

4.2.4. Un vécu stimulant

L'intervention de crise comporte des risques bien réels. Heureusement, ce type d'action apporte également des bénéfices personnels et comporte des aspects motivants.

Ce champ d'action permet au psychologue de répondre à un besoin profondément ancré dans ses aspirations professionnelles : aider les autres. Dans ce type de démarche, il touche, en outre, un aspect essentiel autour des questions existentielles que se pose tout être humain. Le rapport à la mort comme le sens de la vie sont questionnés avec intensité. Ces interrogations peuvent stimuler sa propre réflexion et éclairer son cheminement personnel.

La stimulation prend également appui sur d'autres aspects. Le psychologue est reconnu expert. Il est attendu, écouté et devient un partenaire

central. À travers le soutien qu'il apporte, il aide à remettre en marche une institution momentanément « arrêtée ». Il peut s'appuyer sur un cadre étayant, agir sur l'environnement immédiat. Il peut ainsi retirer, à partir des effets visibles de son action, une satisfaction personnelle et une reconnaissance de la part des impliqués. Par ailleurs, il doit prendre très vite des décisions. L'obligation de penser rapidement suscite une forme d'ivresse énergisante que l'on pourrait comparer à celle du sportif devant se surpasser pour franchir un obstacle. Cette montée d'adrénaline est tonique, stimulante dans un moment où le psychologue doit être opérationnel et très en prise avec le présent immédiat. Sans vigilance et prise de conscience des risques encourus, cette stimulation peut aussi engendrer, après coup, un abattement profond.

Au cours des situations de crise, le psychologue rencontre directement et de façon très proche les chefs d'établissement. Il n'est pas possible de se camoufler dans de tels moments. Ces relations étroites au cœur d'épisodes douloureux entraînent de vraies rencontres avec les différents partenaires de l'institution scolaire. Du partage de ces drames naît souvent entre eux une réelle confiance. Celle-ci suscite des ouvertures et des perspectives de collaborations futures.

La représentation parfois fantasmée de nos « pouvoirs » en tant que psychologues permet par ce travail un changement de regard sur notre métier. Ce travail sort le psychologue de l'anonymat et permet de modifier des croyances erronées sur sa fonction.

Enfin, intervenir dans les situations de crise a conduit les psychologues à travailler en équipe, à coanimer à deux les temps de groupe. Cette nouvelle forme de travail a induit une meilleure connaissance entre collègues, et favorisé un climat de solidarité. Ce renforcement des liens, que l'on trouve au plan local, régional ou national, est une retombée très positive de ce type d'intervention.

Vécu stimulant mais risqué, telle est la marque des actions en temps de crise. Le psychologue volontaire en ressort en général plus solide, fort d'une expérience supplémentaire, à condition toutefois de se positionner correctement et de respecter les règles de protection personnelle.

CHAPITRE 2
Les modalités d'intervention

Dans tous les pays, les modalités d'assistance adaptées au monde éducatif ont été construites sous l'effet de la nécessité : accidents tragiques, attentats, suicides, etc. Au fil des interventions, les solutions les plus efficaces ont été repérées puis améliorées ; un processus s'est élaboré progressivement. Dans ce chapitre, nous détaillerons les diverses modalités d'intervention, puis les techniques d'aide utilisables lors des différentes étapes du dispositif d'assistance. Le « protocole de base » que nous présentons a été élaboré graduellement. Il s'est étoffé au fil de notre pratique professionnelle, et s'est beaucoup enrichi au contact de collègues étrangers et de médecins français. Les interrogations qui ont traversé notre profession pendant cette période, notamment sur la prise en charge des victimes, ont bien sûr influencé nos propres recherches.

1. Un dispositif de postvention

Trois éléments sont à la base de l'élaboration du protocole : la prise en compte des besoins des personnes vulnérables, l'expérience des praticiens et le positionnement conceptuel. Ce dernier a été long à construire, car l'approche était nouvelle sur plusieurs plans. En particulier, entrevoir la possibilité de relier les dispositifs d'assistance à une démarche de postvention (prévention secondaire) a constitué une étape essentielle. En France, les psychologues sont majoritairement investis dans des tâches d'évaluation, d'accompagnement ou de thérapie. Peu interviennent dans les actions de prévention secondaire ou primaire. S'appuyer sur les théorisations de ce champ d'activité et pouvoir les relier aux connaissances antérieures a été fructueux.

Le terme de postvention a d'abord été employé en suicidologie pour désigner les actions de soutien entreprises auprès des proches afin d'éviter un nouveau suicide. On cherche à prévenir les risques qui pourraient survenir après un premier drame. Ce terme, reconnu officiellement par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), est utilisé fréquemment au Québec et dans les pays du nord de l'Europe dans les programmes d'aide auprès des élèves.

Drames en milieu scolaire
© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1.1. Aide immédiate et thérapie

Il est clair que le soutien en milieu scolaire n'est pas une thérapie et qu'il ne faut surtout pas poursuivre un tel but. Les intervenants sont là pour réaliser un soutien précoce, soit immédiat (le jour de la catastrophe ou le lendemain), soit post-immédiat (3 à 5 jours après). Il s'agit d'apaiser, d'étayer momentanément les défenses groupales et individuelles mises en arrêt par le choc psychique ; autrement dit, de permettre un redémarrage du processus normal d'adaptation à la réalité. Pour 90 % des individus, ce type d'approche suffit : ils ne sont pas réellement traumatisés mais seulement choqués, souffrant d'un épisode de stress aigu et non d'un syndrome de stress post-traumatique. De plus, les réactions au choc varient considérablement d'une personne à une autre ; il est important de suivre le processus naturel mis en place par chacun. Une partie des personnes choquées trouvent apaisement auprès de leurs proches et relations sans avoir besoin d'aide spécialisée, à condition toutefois que leur cadre de vie habituel reste protecteur.

L'approche thérapeutique se définit par une confrontation de l'individu à ce qui fait traumatisme dans sa psyché. Cette approche nécessite des modalités particulières, un accord explicite de la personne concernée et, pour le thérapeute, un respect scrupuleux de la confidentialité et du rythme personnel de l'endeuillé. On comprend aisément qu'il ne faut pas commencer une thérapie immédiatement après un drame, la personne étant trop affaiblie ; ce travail particulier doit être réalisé par des spécialistes bien formés et de préférence en dehors de l'enceinte scolaire. Quelles que soient les références théoriques des thérapeutes, cette précaution s'impose à nos yeux.

Enfin, l'assistance psychologique en cas de drame ne doit pas se transformer plus ou moins subrepticement en intervention psychosociale ou institutionnelle prenant en charge les tensions récurrentes d'un groupe social particulier. Nous sommes devenus vigilants sur ce point car des personnels, des responsables voudraient profiter, plus ou moins consciemment, de la présence de professionnels de l'écoute pour « déballer » les émotions retenues depuis longtemps ou pour régler des conflits anciens.

1.2. Aide immédiate et prévention

Au plan de la santé, la prévention regroupe l'ensemble des mesures visant à réduire le nombre et la gravité des maladies. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a distingué différents niveaux de prévention pour les maladies physiques. Caplan (1964) a appliqué cette hiérarchisation à la santé mentale concernant notamment le suicide, les toxicomanies. Voici donc la classification des actions de prévention applicable à tous les domaines de la santé.

– La prévention primaire regroupe les actions visant à réduire l'incidence (l'apparition de nouveaux cas) d'une maladie ou d'un problème de santé dans une population saine, par la diminution des causes ou des facteurs

de risque. Une des formes les plus connues est la vaccination obligatoire contre une maladie. En éducation, une information à tous les élèves de CM2 sur les risques des produits psychotropes relève de ce même niveau.
– La prévention secondaire regroupe les actions visant à la détection et au traitement précoce d'une maladie ou d'un problème de santé. La prévention secondaire consiste donc à identifier la maladie ou le problème de santé à son stade le plus précoce et à appliquer un traitement rapide et efficace pour en circonscrire les conséquences néfastes. En toxicomanie par exemple, la prévention secondaire concerne les personnes consommant régulièrement et à trop fortes doses des produits psychotropes.
– La prévention tertiaire a pour but de diminuer les séquelles et rechutes. Cette forme de prévention est très proche du soin. L'intervention de médecins et de psychologues auprès de personnes choquées après qu'elles ont assisté à la mort brutale de plusieurs automobilistes lors d'une collision routière en est un exemple.

Ces trois formes de prévention visent toutes à éviter l'apparition de maladies ou de désordres psychiques voire sociaux. Mais il est important de les distinguer car elles ne relèvent pas d'une méthodologie identique et ne sont pas réalisées nécessairement par les mêmes personnels.

Un entraînement à l'évacuation des bâtiments scolaires, réalisé par tous les élèves et les personnels dans le cadre d'un exercice anti-incendie, relève de la prévention primaire. En effet, il concerne l'ensemble des personnes et vise à donner les bons réflexes de sécurité, fort utiles en cas d'incident réel. Appartiennent également à ce niveau de prévention tout le travail d'information et de préparation des personnels ainsi que la rédaction de fascicules sur les procédures ou que la mise à jour régulière des listes des intervenants possible.

L'intervention de crise en secteur éducatif relève de la prévention secondaire voire tertiaire étant donné qu'elle ne prend en charge que les personnes impliquées et non l'ensemble de personnels et élèves d'un établissement scolaire. Nous avons aussi utilisé le terme de postvention car il indique bien que l'action se situe après le drame et non avant. L'intervention vise à empêcher l'apparition de troubles psychiques majeurs chez les impliqués en leur apportant un soutien adapté dans un délai assez proche du choc initial. La thérapie viendra plus tard pour ceux – pas très nombreux en général – qui en exprimeront le souhait. La postvention n'évite pas en effet l'apparition de tous les troubles, mais limite efficacement le nombre des « malades ».

La figure 2.1 illustre bien les différents niveaux de prévention. Plus le niveau de prévention progresse, plus la population concernée est restreinte ; en revanche, le niveau de spécialisation des intervenants devient de plus en plus élevé.

De fait, les interventions de crise en milieu scolaire relèvent fondamentalement du registre de la postvention (prévention secondaire et tertiaire) et non de celui de la thérapie. Il est important de rappeler ce cadre qui permet à tous les intervenants comme aux institutionnels de bien situer

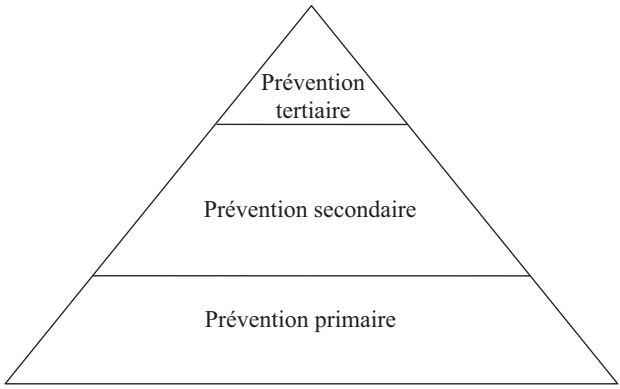

FIGURE 2.1. GRAPHIQUE DES TROIS NIVEAUX DE PRÉVENTION (INSTITUTE OF MEDECINE, 1990).

leur rôle et leur mission. La méthodologie utilisée est différente et doit rester différente de celle d'un travail thérapeutique. Cependant, comme il existe des points communs entre toutes ces activités, il est important que des psychologues fassent partie des personnes dirigeant les interventions afin d'éviter des confusions qui ne resteraient pas sans conséquences pour les personnes.

1.3. Liens avec la prise en charge des agressions sexuelles

La recherche à propos des interventions de crise s'est nourrie également de toutes les réflexions concernant le rôle des professionnels de la psychologie par rapport à la maltraitance. Dans toutes ces situations difficiles liées aux agressions sexuelles, il n'est pas simple de trouver ni de conserver un positionnement professionnel correct et adapté. Comment, en particulier, concilier devoir de signalement et respect de la confidentialité ? Cette interrogation difficile a entraîné des désarrois réels chez les personnes comme dans les groupes professionnels. Maintenant, les positions se sont éclaircies, les tensions apaisées mais les premières années d'interrogation ont été difficiles. Pour les psychologues de l'éducation, toute une évolution s'est construite autour de cette recherche identitaire. Des démarches similaires ont été réalisées par nos collègues du secteur de la santé. Ce cheminement au sein de l'Association nationale des psychologues de l'Enseignement catholique (ANPEC) est retracé dans Pilet (1999).

L'apprentissage d'un meilleur positionnement à propos de la maltraitance sexuelle s'est transféré assez rapidement sur la gestion des crises. Maints points communs se retrouvent dans les deux situations, notamment la juxtaposition voire l'intrication de plusieurs niveaux : psychologique, judiciaire, social, médiatique éventuellement. On note, par ailleurs, d'autres ressemblances au plan des modalités défensives mises en place par les victimes confrontées à l'annonce d'un décès dramatique ou d'une révélation

d'agression sexuelle : la sidération et le blocage du processus d'élaboration mentale. La présence de ces défenses constitue le meilleur argument pour justifier la mise en place rapide d'un soutien psychologique spécialisé.

2. Protocole de base

Trois étapes essentielles sont toujours à respecter dans le dispositif : l'évaluation initiale, la mise en œuvre, la sortie de crise ; nous allons les détailler successivement. Nous parlons de « protocole de base » car ce mode d'approche est à respecter systématiquement et méthodiquement lors des appels d'« urgence ». Il y a bien sûr des adaptations possibles à chaque situation, mais l'expérience nous a appris à tenir compte de sa logique « de base » afin d'assurer une protection suffisante des victimes comme des professionnels.

2.1. Première étape : l'évaluation initiale

L'évaluation initiale est un moment essentiel, un des plus difficiles à réaliser correctement ; il va conditionner l'adéquation des modalités de réponse. Pour les psychologues, cela correspond tout à fait à ce qu'ils appellent dans leurs interventions habituelles « l'analyse de la demande ». La différence est qu'il faut partager cette analyse avec un autre collègue et la conduire rapidement. Lorsqu'un appel urgent arrive, c'est le plus souvent la secrétaire qui le reçoit. Elle avertit immédiatement le responsable de l'équipe de crise. Nous essayons de toujours répondre rapidement sans dépasser un délai maximal de 2 heures ; ce temps permet éventuellement de terminer un entretien en cours et d'attendre une coupure dans une activité pour prendre contact. L'utilité du téléphone mobile n'est plus à démontrer pour ce genre de situation. Ce délai revêt une autre importance, celle de la distance nécessaire à la psyché entre la réception de l'information et l'émotion qu'elle porte. Il permet au psychologue de se préparer psychiquement à l'intervention.

2.1.1. Les deux moments de l'évaluation

L'évaluation se déroule en deux temps ; c'est ce qui paraît le plus pertinent avec l'expérience. Le responsable joint le chef d'établissement et lui demande tout d'abord de raconter ce qui s'est passé. Il est essentiel d'écouter ce que dit spontanément la personne en prise directe avec un événement difficile. Pour un clinicien, les paroles traduisent l'état émotionnel de l'« appelant » et le renseignent immédiatement sur son état psychique : maîtrise, confusion, affolement, etc. Autant de réactions qu'il faut percevoir rapidement. En effet, en fonction de l'état émotionnel du directeur, on va adapter le dispositif d'aide.

Ensuite, il est nécessaire de bien faire préciser, si ce n'est déjà fait, les circonstances du drame et les mesures déjà prises. L'attitude du psychologue peut alors devenir directive, surtout si la personne n'est pas très claire

dans ses explications. C'est essentiel car il s'agit de savoir ce qui relève des faits et ce qui relève du ressenti, d'autant que parfois ce sont des groupes importants qui vont être impliqués : plus de 100 adultes, 900 élèves, 600 familles… La réponse fournie par l'équipe de crise va devoir s'adapter à la réalité des faits, des ressentis émotionnels et à la taille de l'établissement concerné.

> « – Un malheur vient encore de frapper notre établissement : une jeune s'est défenestrée, c'est terrible […].
> – De quelle hauteur est-elle tombée ?
> – Je ne sais pas et pourquoi me posez-vous cette question ?
> – Parce que si c'est du premier ou du dixième étage, les conséquences ne sont pas les mêmes !
> – Ah oui, ça me revient, c'est de la fenêtre du rez-de-chaussée. »

À cette étape, on peut donner si nécessaire quelques conseils basiques. Il vaut mieux en effet empêcher les réponses inappropriées afin d'éviter que la panique ne monte d'un cran. Nous présentons, succinctement, les mesures de soutien que nous pensons devoir mettre en place. C'est rassurant pour l'interlocuteur qui peut s'appuyer sur cette première ébauche et tranquilliser son entourage. On annonce que l'on va rappeler dans une trentaine de minutes au maximum (excepté s'il s'agit d'une crise majeure dont la procédure sera présentée plus loin) pour contacter les collègues concernés, alerter les responsables institutionnels et prendre le temps de construire un projet d'aide plus précis.

À ce stade de l'évaluation initiale, l'expérience joue beaucoup évidemment, mais pour aider à l'analyse, nous avons élaboré une grille qui permet de ne pas oublier des points essentiels lors de cette première estimation (voir paragraphe 2.1.2., p. 62).

Ce premier temps d'évaluation est loin d'être suffisant et l'on ne doit pas s'arrêter à cette étape. L'expérience nous a appris qu'il faut, dès ce moment d'analyse, prendre le temps de réfléchir « à froid », seul puis avec d'autres, protégés quelque temps de la pression, parfois terrible, du terrain. Avoir le temps de penser, ne pas se précipiter dans l'action immédiate est le plus urgent et le plus utile à cette étape du dispositif. Il faut en effet étudier l'ensemble des besoins, puis adapter la réponse en fonction de la situation (réelle et ressentie), mais aussi en fonction des ressources humaines à disposition. Être à plusieurs permet de se mettre « en réseau », comme des ordinateurs, et d'augmenter ainsi la puissance de travail et de réflexion. Si on n'est pas à la seconde près, il s'agit quand même d'apporter une réponse complexe dans un délai bref.

Ainsi, à cette étape, une règle s'est vite imposée : il ne faut pas rester seul. Échanger, réfléchir à deux ou plus est indispensable. L'image de la corde reliant deux alpinistes engagés dans un passage difficile est tout à fait appropriée. Penser à se protéger est une règle de base qu'il faut mettre en œuvre immédiatement alors que, spontanément, on n'y pense guère à ce stade. Les erreurs de jugement et d'appréciation initiales peuvent

être lourdes de conséquence et la culpabilité à gérer après d'autant plus douloureuse.

L'expérience montre que les personnes qui lancent un appel au secours sont plutôt rassurées par cette procédure qui se déroule sur deux temps, même si elles en sont surprises au départ. Elles préfèrent une réponse réfléchie plutôt que des avis hâtifs proférés dans l'urgence, dans l'émotion. Cette distanciation initiale les aide à prendre du recul. Assez souvent, le psychologue conforte les responsables quant à la validité des premières mesures qu'ils ont déjà prises : protéger les autres élèves, avertir la police, etc. Cette renarcissisation donne du courage et permet la reconsolidation des assises personnelles ébranlées par un vécu dramatique soudain et violent.

À l'issue du temps d'analyse (une trentaine de minutes), le psychologue responsable du suivi reprend contact et propose le type de soutien qui lui paraît le plus approprié. Les types d'aide seront développés plus loin, mais on peut déjà les évoquer brièvement pour faciliter la compréhension du dispositif.

Il peut simplement proposer de ne pas intervenir parce que les mesures déjà prises sont bien adaptées et que l'équipe enseignante gère correctement la situation malgré le chagrin et la tristesse ressentis par tous. Dans d'autre cas, il peut affirmer qu'une intervention n'est pas nécessaire, qu'elle pourrait même être non appropriée car la situation n'est pas très grave. On propose toujours cependant, dans ces situations, de refaire le point 24 ou 48 heures plus tard.

Dans d'autres situations, le psychologue propose une intervention sur place, d'abord avec les dirigeants de l'établissement et ensuite, si nécessaire, auprès des élèves. La constitution d'une cellule d'accompagnement sur place, en interne est vivement recommandée dès ce moment. Il faut bien sûr que les responsables de l'établissement concerné acceptent l'aide spécialisée proposée pour qu'elle puisse se mettre en place. Des consignes complémentaires peuvent être données dès cette étape (mesures administratives, pédagogiques, juridiques).

L'évaluation initiale, à distance, reste un moment crucial, car elle enclenche un premier niveau de réponses. C'est un vrai travail de diagnostic et d'estimation des risques. Une évaluation complémentaire sera toujours faite sur place et permettra des réajustements, mais la pertinence de la première analyse conditionne grandement l'efficacité des soins.

Dans les situations difficiles où les réactions émotionnelles vont être massives et difficiles à canaliser, ou bien lorsque l'analyse initiale du chef d'établissement paraît insuffisante, l'expérience nous conduit maintenant à prévoir un troisième temps d'évaluation initiale. On envoie sur place un psychologue formé pour se rendre compte de la situation et estimer l'ensemble des besoins. Depuis 2 ou 3 ans, et dans toutes nos équipes, nous utilisons plus fréquemment cette disposition ; en effet, se fier uniquement à l'appréciation d'un responsable d'établissement, même si nous l'estimons par ailleurs, peut conduire à une mauvaise évaluation, entraînant des conséquences parfois fâcheuses dans le choix de la modalité de réponse.

Son savoir-faire et sa position d'extériorité permettent au professionnel de discerner rapidement les principaux facteurs de risque.

Le temps de l'évaluation initiale, qui se déroule au moins en deux étapes, constitue donc un moment essentiel de toute intervention de crise. Après un diagnostic correct, la gestion du drame va se poursuivre aussi bien que possible. La mise en place d'un dispositif trop léger, mal adapté ou disproportionné ne va pas calmer les personnes ni restaurer la confiance. Les intervenants vont recevoir de l'agressivité de la part des élèves, des familles ou des enseignants. La crise risque de se prolonger.

Le professionnalisme d'une équipe d'intervention se reconnaît principalement à la rigueur de ses évaluations. Des outils peuvent aider à cette analyse ; nous allons ci-après présenter une grille d'évaluation initiale qui permet de ne pas oublier les éléments essentiels à prendre en compte.

L'observation clinique suivante rappelle le vécu des psychologues au tout début des interventions – époque où des outils et des méthodologies spécifiques faisaient cruellement défaut.

> 10 heures du matin, appel du responsable institutionnel : *« Un directeur d'un collège vient de téléphoner. Un élève de quatrième, âgé de 14 ans, s'est suicidé ce matin juste avant le passage du car scolaire en se tirant une balle dans la tête. Tout le monde pleure. Il faut que vous y alliez… »* Oui, mais comment intervenir ? Aucun collègue n'est présent, je n'ai pas de formation spécialisée. Qui voir en priorité ? Combien de temps prévoir ? Vais-je tenir ?

2.1.2. Outil d'évaluation initiale

La grille des 4 R (réalité, résonance, risque, résilience) dérive de l'outil mis au point par Seguin et Terra (conférence du consensus octobre 2000) pour le repérage du risque de passage à l'acte suicidaire. Trois critères indépendants avaient été retenus par les auteurs : l'urgence psychique, les facteurs de risque, la dangerosité du moyen envisagé pour se donner la mort. Pour chacun de ces critères, trois degrés de gravité avaient été choisis : faible, moyen, fort.

Quel est l'intérêt d'une grille ? Elle sert tout d'abord à penser la situation, à ne pas en rester au seul domaine émotionnel et favorise la mise en distance. Elle permet ensuite de recueillir tous les éléments indispensables pour évaluer correctement l'ensemble de la situation. Cette grille autorise également une meilleure communication avec les collègues et les partenaires. C'est enfin un bon instrument pour conduire des évaluations successives aux différents moments d'une crise majeure ou lors du débriefing final entre intervenants.

La grille des 4 R (encadré 2.1) comprend quatre facteurs indépendants : la réalité des faits, la résonance subjective, les facteurs de risque, la résilience. Trois niveaux de gravité ont été retenus : faible, moyen, élevé pour chacun de ces quatre facteurs. À la fin du premier appel téléphonique, la tâche du psychologue consiste à renseigner cette grille, seul ou avec le collègue

contacté. Chaque critère va maintenant être détaillé. Une fiche synthétique permet d'avoir une vue d'ensemble de la situation.

Voir fiche P3, p. 155

Encadré 2.1.
Grille des 4 R

Critère réalité

Il dépend de la gravité « objective » du drame qui vient de se produire :

- la létalité consécutive au fait (nombre de blessés, de morts, etc.)
- la proximité du lieu du drame avec l'établissement scolaire (à l'intérieur, à proximité, loin de l'école)
- le nombre d'élèves ou de personnels, témoins du drame

Remarques. Ce critère réalité est repérable dès le départ et ne change pas. C'est souvent le seul élément pris spontanément en compte.

Critère résonance

Cet item prend en compte la résonance subjective, émotionnelle que provoquent les faits dramatiques « objectifs ».

Remarques

- Ce facteur est indépendant du premier critère : un fait peu grave peut engendrer une forte résonance ; des faits graves peuvent produire une résonance moyenne chez certaines personnes mais pas chez d'autres.
- Ce critère peut concerner une personne comme un groupe.
- Ce critère est éminemment variable : il peut évoluer entre le début et la fin d'une réunion ou d'un temps de parole ; il peut varier au cours de la durée d'une crise chez une même personne.
- Ce critère est important à prendre en considération, un des effets recherchés des interventions de crise étant de faire baisser le poids de ce critère.

Critère risque

Les facteurs de risque peuvent être regroupés sommairement en trois catégories :

1. La « solidité » (préexistante au drame)

1.a. de l'institution (fonction de l'histoire de l'établissement)

1.b. des personnes ou des groupes

2. La répétition d'éléments douloureux :

2.a. Depuis une année ou deux, des personnes de l'école ont-elles déjà eu à vivre des événements douloureux ?

2.b. L'établissement a-t-il subi d'autres épreuves ?

3. La communication

3.a. La communication en interne de l'événement : aux élèves, aux parents, à la famille concernée, aux personnels

3.b. La communication de l'événement vers l'externe : direction diocésaine, inspection académique ou rectorat, mairie, justice, hôpitaux

3.c. La présence éventuelle de la presse (locale ou nationale)

Remarques

- Ce critère est indépendant des deux premiers.
- Ce sont des éléments essentiels à connaître ou à estimer le plus vite possible car ils vont fonctionner comme des « amplificateurs ». La violence d'une crise en dépend.
- Certains facteurs institutionnels ne se révèlent souvent qu'au bout de 2 ou 3 jours si on ne pose pas les « bonnes » questions d'emblée.

Critère résilience

Ce critère correspond au degré de protection, à l'efficacité de modalités défensives adaptées (faible, moyen, élevé) qui se mettent en place dans les trois catégories suivantes :

- les victimes directes
- les impliqués (proches des victimes, etc.)
- l'institution

Remarques

- Ce critère de résilience est indépendant des deux premiers, mais il est lié au troisième dont il est le pendant positif.
- Les éléments de résilience sont évidemment à favoriser. La force de la résilience peut varier au cours d'une crise, tant pour les groupes que pour les personnes.

Il est recommandé de remplir la grille à plusieurs ; les discussions permettent de compenser les impressions ou analyses individuelles. Cette fiche synthétique permet de connaître, à un moment donné, la gravité globale d'une situation, en tenant compte de ses différentes composantes. En fonction de cette synthèse, il est possible de choisir, avec les responsables institutionnels, les modalités de soutien qui paraissent les plus appropriées. Par exemple, si dans une fiche, toutes les croix sont situées dans la colonne la plus à droite, il y a de forts risques que la situation soit grave, ou bien les utilisateurs de la grille manquent de discernement. L'utilisation de cette grille demande en effet un minimum de formation et de confrontation aux analyses de collègues entraînés. Dans les formations spécialisées qu'organise l'ANPEC, nous consacrons du temps à cette initiation.

Si l'utilisation en est correctement maîtrisée, cette grille est un moyen sûr d'évaluation des différentes composantes de la gravité d'une crise. Pour un débutant, elle fournit une aide précieuse au diagnostic global de la situation en évitant notamment de se focaliser sur un seul aspect. Pour tous, c'est un outil complémentaire à l'analyse clinique permettant la prise de distance et la préparation des interventions.

Nous donnons ci-après un exemple d'utilisation de la grille des 4 R.

Un adolescent de 16 ans est mort dans un accident de la circulation.

- La gravité objective (réalité) est classée comme « moyenne » car il y a mort d'une personne, mais l'accident ne s'est pas produit près de l'établissement ; sinon, la gravité aurait été classée comme « élevée ».
- La résonance chez les élèves de sa classe peut être « faible » ou « élevée » selon que l'élève est apprécié de tous ou qu'il vient juste d'être intégré dans le groupe.
- Le facteur de risque peut être « élevé » si c'est le second accident mortel survenu depuis 6 mois dans le même groupe de copains. Tout dépend également si le jeune a une responsabilité dans l'accident (conduite sous l'emprise d'alcool par exemple).
- La résilience peut être « élevée » ou « faible » selon le degré d'aide et de soutien que peuvent apporter sur place les adultes (professeurs, surveillants, infirmière, etc.).

En fonction des réalités révélées par la grille des 4 R, les psychologues proposeront ou non une aide spécifique. Par exemple, si la résonance et le facteur de risque sont classés comme « élevés » et la résilience comme « faible », un temps de parole en groupe pourra être proposé aux élèves volontaires, peut-être les jours suivant l'enterrement.

La grille correspondant à cette observation pourrait être remplie de la manière suivante.

Réalité	Faible	Moyen	Élevé
Résonance	Faible	Moyen	Élevé
Risque	Faible	Moyen	Élevé
Résilience	Élevé	Moyen	Faible

En définitive, l'utilisation d'une grille d'évaluation permet de ne pas se précipiter dans l'action immédiate, de prendre le temps de l'analyse globale et de réserver l'aide psychologique aux personnes qui en ont réellement besoin. On retrouve dans ces situations dites d'urgence la démarche classique du psychologue confronté, par exemple, à une demande « urgente » de la part d'un jeune qui affirme qu'il va « péter les plombs » ou de la part de parents angoissés par la tentative de suicide récente de leur enfant. Le positionnement professionnel permet d'analyser la gravité de telles demandes et d'apporter une aide qui peut être immédiate ou bien différée. Dans cette perspective, les situations de crise ne sont fondamentalement pas très différentes de la plupart des autres situations professionnelles.

2.2. Deuxième étape : la mise en œuvre

Une fois l'évaluation initiale précisée, un type d'aide est proposé à l'établissement qui vient de lancer un appel. C'est la deuxième étape du protocole : proposer une assistance proportionnelle au degré de gravité que nous venons d'estimer.

Au départ, il faut le reconnaître, ce fut plutôt intuitif. L'expérience de nos interlocuteurs du monde médical et celle des collègues étrangers travaillant en milieu scolaire nous ont aidés à formaliser nos propres pratiques. Ils ont renforcé certaines intuitions, ont proposé des outils d'analyse et, surtout, nous ont fait partager leur expérience et leurs connaissances de ce type d'intervention. Progressivement, en nous appuyant sur les leçons apprises au fil des interventions, nous avons pu repérer les modalités les plus appropriées, et maintenant nous pouvons en proposer une classification. L'intérêt majeur de cette hiérarchisation est d'avoir un outil déjà prêt quand une nouvelle demande arrive. Nous n'avons plus à construire à chaque fois le dispositif d'assistance. C'est rassurant pour tout le monde, moins stressant, et cela permet d'économiser ses forces.

Différentes techniques auraient été envisageables pour établir une classification précise des modalités d'intervention. La méthode retenue pour l'élaboration du classement a reposé, comme cela a déjà été mentionné, sur le repérage des actions mises en œuvre.

Cette classification *a posteriori*, reposant sur une analyse des pratiques, suppose un enregistrement systématique et précis des actions réalisées et non une juxtaposition hasardeuse d'impressions personnelles. Dès ses débuts, la coordination régionale et nationale de l'ANPEC pour la gestion des crises a mis au point une grille commune d'enregistrement des situations. Les cinq modalités d'intervention, qui vont être présentées, résultent de ce travail statistique et de son analyse.

L'ordre de présentation adopté correspond à l'importance de l'intervention : du simple contact téléphonique (modalité M1) à l'aide massive en cas de drame majeur (modalité M5). Nous évoquerons ensuite la fréquence constatée de chacune de ces modalités ainsi que le nombre approximatif d'heures de travail qu'elles nécessitent pour être réalisées convenablement.

Nous allons présenter maintenant ces différentes modalités, en précisant toutefois que certaines pratiques évoquées seront juste nommées ici et détaillées de façon technique plus loin.

2.2.1. Simple contact téléphonique (modalité M1)

C'est la situation la plus simple : un chef d'établissement du primaire ou du secondaire appelle pour prévenir, voire pour demander de l'aide aussitôt après un événement plus ou moins sérieux ; par exemple, un décès d'élève pendant un week-end ou bien un accident léger survenu dans un car scolaire. Après analyse de l'appel selon la grille des 4 R, nous estimons que la gravité globale de la situation est « faible ». Les enseignants sont capables

de gérer la situation ; dans la plupart des cas, ils le précisent d'eux-mêmes. Si des complications surviennent, ils peuvent rappeler.

Mais ce n'est pas toujours aussi simple qu'il y paraît. Il nous est arrivé de recevoir des reproches car nous refusions d'intervenir après un accrochage sur un parking entre une voiture et un car scolaire où quelques élèves de collège avaient été un peu « secoués », mais sans qu'il y ait eu de blessés. En réalité, « plus de peur que de mal », quelques pleurs et tout était rentré dans l'ordre. Nous n'allions pas dépêcher une escouade de psychologues pour soutenir les personnes : un tel déploiement n'aurait fait qu'accroître la panique des élèves et celle de leurs parents quelques heures après. Cet exemple montre que le travail des psychologues n'est pas de se précipiter à la moindre demande ; leur travail consiste, au contraire, à prendre le temps de l'analyse puis à décider de l'opportunité d'une intervention. Reste ensuite à expliquer les raisons de la réponse négative, ce qui peut permettre au demandeur de réaliser que sa propre frayeur a été importante, mais que les élèves s'en sortent sans troubles importants. Dans ce cas de figure, l'urgence, c'est de ramener le calme.

2.2.2. Soutien téléphonique (modalité M2)

Suite au premier appel, nous estimons après discussion avec un collègue que la gravité globale de la situation est « moyenne » selon la grille des 4 R. La communauté éducative nous paraît assez solide pour faire face aux difficultés à condition de mettre en place, localement, une cellule d'accompagnement qui devra gérer l'ensemble des problèmes. Nous proposons cependant de rappeler le lendemain et les jours suivants pour partager le vécu et éventuellement pour prodiguer quelques conseils. En général, les chefs d'établissement acceptent cette solution de soutien à distance pour gérer des événements qu'ils maîtrisent déjà en bonne partie. L'expérience nous a appris qu'il était préférable, avant de raccrocher le téléphone, de fixer avec notre interlocuteur le jour et l'heure de notre prochain appel : l'effet de réassurance est immédiat. Dans cette procédure, le fax ou l'e-mail sont des outils précieux pour se concerter à distance sur le contenu précis des messages officiels communiqués aux élèves, au corps professoral ou aux familles. En règle générale, ce soutien téléphonique (deux ou trois appels) s'échelonne sur plusieurs journées.

Cette procédure illustre la philosophie qui anime notre action : ne rien faire à la place des personnes qu'elles ne pourraient faire elles-mêmes. De plus, cliniquement, on sait qu'un individu résiste mieux aux difficultés de la vie s'il peut être actif, s'il perçoit qu'on lui fait confiance. Cependant, ne pas se sentir seul, percevoir qu'on reste en relation avec l'entourage (ici, professionnel) donne la force de faire face. Le soutien téléphonique se révèle un excellent outil pour renforcer les liens dans les situations difficiles, surtout si l'on connaît déjà les personnes.

> Une directrice de primaire demande par téléphone la venue urgente de psychologues pour « *faire parler* » les élèves de CM2 : le père d'une élève s'est suicidé deux jours auparavant. « *Ils ont tous pleuré quand ils ont appris la nouvelle.* » Je m'interroge sur la nécessité de répondre à cette demande et propose la démarche suivante : une collègue passera dans l'école dès le lendemain matin, avant les cours, afin de faire le point avec toutes les enseignantes. Une décision sera prise ensuite.

2.2.3. Une aide sur place auprès des adultes responsables (modalité M3)

Après réflexions et échanges, nous estimons, selon le barème de la grille d'évaluation des 4 R, que la gravité globale de la situation peut être qualifiée de « moyenne ». Cependant, lors des échanges téléphoniques, nous nous rendons compte que la résonance subjective est élevée : notre interlocuteur paraît « secoué », il décrit des adultes ne sachant plus très bien réagir dans cette situation éprouvante. Il demande aussi, souvent, de l'aide pour les élèves qu'il décrit comme perturbés. C'est même ce qu'il souligne en premier comme s'il ne percevait pas que les adultes le sont aussi. Lorsque nous sommes dans ce cas de figure, l'expérience nous a appris qu'il était opportun de se déplacer pour d'abord écouter les adultes responsables et ensuite pour rechercher avec eux les modalités de soutien les mieux adaptées. Nous demandons au directeur ou à la directrice de constituer dès que possible une cellule d'accompagnement composée de représentants des différentes composantes de la communauté éducative : enseignants, personnel éducatif, parents d'élèves, etc. C'est à lui (ou elle) de les choisir en fonction de leur capacité de faire face.

Nous intervenons le jour de l'événement ou le lendemain. Un ou deux psychologues animent la réunion de la cellule d'accompagnement composée de cinq à sept personnes. Le premier temps de la rencontre est consacré à l'écoute du vécu émotionnel des protagonistes depuis le déclenchement de la crise. Une heure est nécessaire en général ; c'est une étape indispensable : elle permet à chacun de partager ses émotions. Une fois ce temps d'expression passé, on peut aborder plus sereinement celui de l'action à conduire : information officielle, accueil des élèves, reprise du travail scolaire habituel, etc.

L'évocation des affects et l'évacuation de la tension émotionnelle réalisée en début de rencontre permettent aux adultes de retrouver leurs réflexes professionnels et de restaurer le cadre institutionnel, mis à mal, on pourrait même dire « lézardé », depuis le début de la crise. L'intervention des psychologues auprès des enfants ou adolescents ne paraît plus alors aussi indispensable. L'expérience nous a montré que, lorsque les adultes « tiennent », ils réussissent à « soutenir » les élèves. Il nous faut reconnaître qu'au début de nos interventions de crise, nous n'avions pas du tout prévu cette nécessité d'aider en priorité les responsables. Sans doute avions-nous oublié que les institutions ont des points communs avec le

corps humain : lorsque des atteintes graves menacent, c'est la tête qu'il faut protéger en priorité…

Les jours qui suivent cette rencontre avec l'équipe, nous restons en lien téléphonique avec les responsables. Dans la très grande majorité des cas, il n'est pas nécessaire de réaliser, sur place, un accompagnement complémentaire par des professionnels. Leur rôle essentiel a été d'aider des adultes ébranlés par des événements douloureux, à reprendre confiance en leurs capacités individuelles et collectives. Ce temps de renarcissisation leur permet de mieux gérer les élèves qui leur sont confiés mais ne peut leur éviter la tristesse ni le temps du deuil.

Si des personnes le demandent, nous organisons parfois un temps supplémentaire de parole, réservé aux autres adultes de l'établissement, à tous les adultes volontaires quelles que soient leurs fonctions. Ce ne sont pas toujours les enseignants les plus touchés mais les personnels en contact quotidien avec les élèves : aides maternelles, personnel de cantine, secrétaire de l'accueil, surveillants, infirmières, bénévoles réguliers, etc.

Depuis 2 ans, nous avons été amenés par les circonstances à proposer une aide spécifique lorsque la crise est déclenchée par la mort brutale ou difficile d'un parent d'élève très impliqué dans la communauté éducative, ou bien par une disparition dans des conditions particulièrement horribles. Si des personnes de l'institution demandent une aide, nous proposons des entretiens individuels centrés sur l'écoute du vécu affectif. À l'expérience, cette aide immédiate apaise les enseignants comme les personnels qui se sentent soulagés de n'avoir pas à porter eux-mêmes la douleur de la famille. De ce fait, ils peuvent se recentrer sur leur fonction professionnelle qui est de « contenir » les enfants. Pour les plus touchés, notre intervention vise à les soulager puis à les aider à repérer dans leur entourage les personnes ressources. Parfois, notre action ne constitue qu'un relais vers un soutien thérapeutique extérieur.

Nous avions insisté au début de ce chapitre sur l'importance de l'évaluation initiale. Au cours d'une crise, il est essentiel de faire le point régulièrement et d'adapter les modalités en fonction des réactions constatées sur le terrain. Il arrive ainsi parfois que la modalité choisie au départ se révèle insuffisante et qu'il faille modifier le dispositif prévu initialement ; par exemple, il devient nécessaire de passer de la modalité M3 à la modalité M4, certains élèves ayant besoin de soutien spécifique.

2.2.4. Une aide sur place auprès des adultes et des élèves (modalité M4)

Cette modalité diffère de la précédente par une intervention supplémentaire auprès des élèves demandeurs. En général, le degré de gravité globale de la situation est évalué initialement comme « moyen » voire « élevé ». On commence toujours par se réunir avec la cellule d'accompagnement et les responsables selon la procédure décrite précédemment. Des aides peuvent aussi être proposées aux autres adultes qui le souhaitent.

Les élèves volontaires sont vus d'abord en groupe (grand groupe ou petits groupes selon les situations et les souhaits des personnes). Des entretiens individuels peuvent également être proposés. Les conditions de réalisation seront exposées plus en détail par la suite.

L'intervention auprès des élèves devient utile quand le premier soutien apporté par les adultes de l'établissement se révèle insuffisant. Cette action permet de dégager les enseignants d'une relation affective trop forte qui viendrait envahir la relation pédagogique normale. Le psychologue intervient là comme un tiers, protégeant l'enseignant et parfois aussi le groupe classe. Il n'est pas sain en effet que les élèves très touchés par la disparition d'un de leur camarade parlent trop longuement de leurs émotions devant tous les autres élèves, au risque de les perturber à leur tour. Il est donc essentiel qu'il y ait des lieux et des personnes spécifiques pour une telle expression. Enfin, le fait que les psychologues soient extérieurs à l'établissement est important, car ils ne connaissent pas le disparu et ne sont pas affectés comme les adultes de l'école qui, eux, ont côtoyé le défunt parfois pendant plusieurs années.

2.2.5. Une aide massive en cas de drame majeur (modalité M5)

Cette procédure n'est déclenchée que rarement, lorsqu'un événement grave survient à l'intérieur même d'un établissement ou à proximité immédiate ; on déplore un ou plusieurs morts, on dénombre de nombreux témoins ou impliqués parmi les élèves et les membres du personnel. Le retentissement est très fort auprès de toute la communauté éducative. Comme ce type d'événement est toujours médiatisé, l'ampleur de la crise s'en trouve renforcée d'autant.

Les psychologues disponibles se rendent sur place dès l'appel au secours. Les pompiers et les personnels du Samu sont encore là ou viennent de partir, des responsables de la police ou de la gendarmerie sont présents également.

Ce qui frappe en premier, c'est l'atmosphère de désolation et l'impression de désorganisation voire de chaos. Les « sauveteurs » présents essaient de coordonner rapidement l'emploi de chacun pour les prochaines heures. Il faut parer au plus pressé.

Le rôle des psychologues présents est d'apporter une aide immédiate aux adultes ou élèves choqués ou désemparés par ce qui vient de se passer, de les orienter si nécessaire vers des soins spécialisés en cas de décompensation.

On s'inquiète également du sort de tous les élèves : qui s'en occupe, qui les prend en charge dans l'immédiat, comment est prévu le retour dans les familles ? La mise en sécurité de l'ensemble des personnes reste une priorité essentielle.

Dès que possible, un des psychologues présents doit rappeler qu'il est indispensable de former au plus vite, puis de réunir une cellule d'accompagnement. Avec les responsables institutionnels présents sur les lieux, il faut décider qui va diriger cette cellule.

Trois tâches essentielles sont à prévoir dans les heures qui suivent le drame : un temps d'expression pour tous les adultes présents ; la communication en direction des familles, de tous les personnels puis en direction de la presse qui est déjà là, questionnant à droite et à gauche ; enfin, l'organisation du retour des élèves chez eux.

La pression est énorme sur les épaules des responsables ; tous les protagonistes sont touchés. Tous pensent à la ou aux personnes décédées et à leurs proches qu'une partie des adultes de l'établissement scolaire et des élèves connaissent bien.

Les psychologues vont animer le temps de parole puis participer avec les enseignants à la préparation de l'accueil des élèves. Leur expérience est souvent sollicitée pour préparer la communication en interne voire avec la presse.

Le jour du retour des élèves, les enseignants lisent, en début de première heure, un message puis prennent un temps de discussion avec les enfants ou adolescents. Si les enfants sont très jeunes, ce dispositif global est bien sûr adapté. Après le temps consacré à l'expression, l'enseignement habituel reprend… tant bien que mal. Des psychologues peuvent être présents dans les classes les plus fragilisées pour aider les enseignants. Ils peuvent l'être également, si leur nombre est suffisant, avec les professeurs qui l'ont souhaité.

Le reste de la journée est consacré à l'écoute des élèves que les professeurs ont repérés comme étant en difficulté. Les jeunes viennent par petits groupes parler de ce qu'ils ressentent, de ce qu'ils ont vu à la télévision et des questions qu'ils se posent sur les circonstances du drame, sur la mort, etc. Si nous remarquons un enfant en souffrance importante, nous prenons contact avec sa famille.

Un temps doit être aménagé pour répondre aux inquiétudes des parents qui craignent l'apparition de troubles anxieux chez leurs enfants. Depuis quelques années, les demandes parentales se font beaucoup plus pressantes en cas de crise majeure.

Toute cette organisation demande la présence d'un nombre important de personnel spécialisé ; l'aide de collègues extérieurs est précieuse voire indispensable. En général, la solidarité fonctionne correctement avec la médecine scolaire comme avec les équipes hospitalières (médecins, psychologues, infirmiers).

Les jours qui suivent, il faut prévoir une présence de psychologues sur place, mais beaucoup plus légère pour rencontrer les enfants ou adolescents qui le souhaiteraient. Des adultes éprouvent aussi le besoin de parler. Certaines réactions traumatiques ou anxieuses n'apparaissent pas dès le premier jour ; il faut donc en tenir compte.

La participation d'un psychologue à la cellule d'accompagnement reste prioritaire dans cette période de fragilisation, surtout que s'expriment ouvertement, après 3 ou 4 jours souvent, les problèmes concernant les responsabilités du drame. Lorsque la tension est tombée, au bout d'une semaine, la cellule d'accompagnement peut être dissoute, mais l'expérience

montre qu'il faut que des personnes de l'institution (animateur, formateur, psychologue, etc.) soutiennent régulièrement le responsable pendant le temps nécessaire.

De tels dispositifs sont lourds à mettre en place. On ne les utilise qu'en cas de drame majeur lié à des morts tragiques au sein d'un établissement scolaire. Ces dispositifs peuvent également être utilisés, à quelques aménagements près, lors d'une crise déclenchée par la mise en examen d'un enseignant pour suspicion d'agression sexuelle sur des élèves. En cas de catastrophe affectant tout un secteur géographique (l'explosion de l'usine AZF à Toulouse en est un exemple), un tel dispositif peut s'insérer également dans le plan de secours global déclenché par les pouvoirs publics.

2.2.6. Fréquence des différentes modalités

Au service de psychologie de la Direction diocésaine de Loire-Atlantique où un enregistrement systématique des actions est conduit depuis septembre 2001, il a été possible d'étudier la fréquence de mise en œuvre de chacune des modalités décrites précédemment.

Sur sept années scolaires (de septembre 2001 à juin 2008), 182 appels ont été comptabilisés, provenant autant des écoles primaires que des établissements secondaires. Si l'on calcule les réponses initiées par le service de psychologie, on constate tout d'abord que l'intervention sur place des psychologues représente 60 % des actions réalisées ; 40 % de l'aide se fait uniquement par téléphone, à distance et se révèle suffisante. Les interventions directes auprès des élèves ne sont absolument pas systématiques : 33 % des actions seulement. En revanche, l'aide aux responsables des établissements concerne 67 % des actions. L'aide massive en cas de drame (M5) ne représente heureusement que 2 à 3 % des interventions.

Globalement, sur une période de 3 ans, les statistiques de Lille donnent des résultats semblables.

Nous sommes donc très loin de l'image véhiculée par les médias où des « soignants » assisteraient systématiquement et massivement les personnes au moindre bobo. On retrouve toute l'importance du diagnostic initial qui permet de doser l'ampleur de la réponse en fonction de la gravité réelle et de juger de la capacité des institutions de réagir par elles-mêmes. Cette approche mesurée n'a rien d'exceptionnel. On la retrouve chez tous les professionnels qui s'occupent des urgences : les Samu, les accueils d'urgence à l'hôpital, les sapeurs-pompiers. Si l'on utilise une métaphore pharmaceutique, ajuster la réponse, c'est adapter la posologie à la gravité de la maladie. Un dosage inadapté peut être dangereux voire fatal. La hiérarchisation des degrés d'urgence est la première tâche essentielle à réaliser et… à apprendre.

Enfin, toutes ces interventions nécessitent du temps. Elles génèrent de ce fait des frais de personnel, ce coût ne pouvant être négligé. Le choix de la modalité des réponses doit aussi tenir compte de cette réalité économique si l'on veut pouvoir maintenir le dispositif d'assistance.

2.2.7. Temps nécessaire pour réaliser chaque modalité

Le temps moyen nécessaire pour mettre en œuvre chacune des modalités décrites, en se référant toujours aux données recueillies à Nantes et Lille, est résumé dans le tableau 2.1.

TABLEAU 2.1. Temps d'intervention nécessaire en fonction des modalités M1 à M5.

Modalité	Description des actions	Nombre de psychologues	Temps d'intervention psychologique total
M1	Appel téléphonique unique	1 à 2	1 à 2 h
M2	Soutien téléphonique	1 à 2	2 à 4 h
M3	Sur place auprès des responsables	2	8 à 12 h
M4	Sur place auprès des adultes et élèves	2 à 3	10 à 25 h
M5	Sur place, aide massive	3 à 10*	40 à 120 h

* Avec l'aide d'autres services ou équipes.

Le temps indiqué dans le tableau 2.1 tient compte du temps direct d'intervention (animation de réunions, entretiens, etc.) mais aussi du temps indirect (déplacement, préparation, contacts divers, etc.).

L'expérience montre qu'il n'est pas possible d'assurer un suivi sérieux en dessous de l'horaire minimal de 1 à 2 heures. Au téléphone, il faut prendre le temps d'écouter l'interlocuteur, encore sous le choc ; il en a besoin. Sur place, les temps d'écoute sont également importants ; lors des réunions, par exemple, il faut prévoir une durée suffisante pour partager le vécu et rechercher les solutions les mieux adaptées.

En ce qui concerne la gestion du temps, d'autres problèmes se posent aux psychologues. Modifier des emplois du temps déjà bien chargés n'est pas simple à réaliser. Tout cela prend du temps, même si les secrétariats apportent une aide précieuse. Ces modifications de rendez-vous viennent augmenter le stress des intervenants, même si, généralement, nos interlocuteurs se montrent compréhensifs.

Pour les services qui reçoivent régulièrement des appels d'urgence, il est nécessaire de prévoir une organisation interne particulière afin de ne pas trop désorganiser le fonctionnement normal des activités ; avec, par exemple, pour chaque période scolaire, quelques demi-journées de disponibilité pour pouvoir reprogrammer les rendez-vous qu'il a fallu déplacer. La personne qui gère l'équipe des psychologues volontaires doit tenir compte d'abord des besoins d'aide générés par la situation difficile mais aussi des réalités des emplois du temps. Notons enfin que le décompte horaire

présenté dans le tableau 2.1 ne tient compte que des psychologues alors que d'autres personnels interviennent dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire.

Pour clore le début de cette présentation du « protocole de base », il nous semble utile de préciser que ce n'est sans doute pas par hasard que cette procédure rigoureuse, issue de notre pratique et confirmée par l'expérience d'autres collègues étrangers, s'est mise en place et continue d'être utilisée. La crise, c'est le chaos, la désorganisation momentanée mais bien réelle des personnes et des institutions. La pensée des individus se trouve figée voire dépassée par la violence et la soudaineté des événements, l'adaptation à la réalité peut devenir défaillante. Il n'est pas étonnant que les intervenants que l'on appelle au secours dans ces moments de flottement aient eu très vite besoin d'élaborer une méthodologie assez « carrée » pour mettre de l'ordre et essayer de se repérer dans toute cette désorganisation. Un protocole est indispensable pour éviter de se laisser contaminer par l'angoisse et le désordre. Il faut savoir cependant l'appliquer avec souplesse et l'adapter aux sensibilités personnelles comme aux contingences institutionnelles. Une rigidité excessive dans l'application d'un protocole, même s'il est pertinent, bloque les personnes et provoque une tension supplémentaire. C'est le travail des professionnels d'être attentif à leurs propres réactions de défense et de savoir les modifier si elles provoquent trop de réactions négatives. Cette capacité d'adaptation rapide dans un contexte oppressant fait sûrement partie des qualités requises pour exercer dans les interventions de crise.

2.3. Troisième étape : la sortie de crise

La période de la sortie de la crise mérite qu'on s'y attarde car cette phase qui se déroule selon une temporalité complexe se révèle pourtant essentielle à la bonne résolution des crises. Elle concerne tout autant les personnes des établissements que les intervenants extérieurs. De plus, c'est un fait d'expérience, tout le monde a tendance à oublier cette étape ou à la considérer comme de moindre importance, alors qu'elle constitue à nos yeux un des moments essentiels du processus.

Pour se repérer dans cette temporalité complexe, deux étapes vont être distinguées : l'arrêt du dispositif d'assistance et la fin réelle de la crise ; pour chacune de ces périodes, nous nous intéresserons au le vécu habituel des personnes.

2.3.1. Arrêt du dispositif d'assistance

2.3.1.1. Pour les personnes des établissements

Lorsqu'une cellule d'accompagnement a été constituée, quels que soient la gravité réelle initiale et le dimensionnement du dispositif mis en place (M3 à M5), il est important de l'arrêter officiellement. Le critère essentiel à examiner pour cette dissolution repose sur le sentiment que les fonctions d'encadrement habituelles peuvent désormais suffire à régler la marche de l'établissement.

Une telle appréciation doit être discutée de manière contradictoire dans le groupe d'accompagnement. Si des psychologues sont intervenus auprès des élèves, leur avis doit être recueilli. C'est au responsable qui a initié cette cellule d'accompagnement de l'arrêter officiellement. Pour le dispositif le plus lourd (M5), cette dissolution intervient généralement au bout de 4 ou 6 jours. Pour les dispositifs plus légers, l'arrêt se décide le 2e ou le 3e jour. Il est assez étonnant de constater que, spontanément, les directeurs ou les responsables oublient très souvent de clore le groupe d'accompagnement : est-ce un effet secondaire de la crise, une crainte inconsciente de la prolongation du drame ?

La reprise des cours ou du rythme habituel des heures d'enseignement est un signe de retour à la vie normale pour les éducateurs, les élèves et les parents. Cette reprise de l'enseignement reste un objectif prioritaire : elle aide chacun à s'accrocher à la réalité et évite une trop grande montée en puissance des affects et, surtout, un trop long envahissement des émotions tant au niveau individuel que groupal. La crise ne vient plus perturber l'ordonnancement bien huilé des emplois du temps ; le rituel scolaire s'est réinstallé, même si chacun ressent une tension plus forte qu'à l'habitude… Généralement, les enfants vont oublier plus vite que les adultes.

Le retour à l'école, au collège ou au lycée des frères ou sœurs de la ou des victimes reste un moment émouvant et difficile qu'il faut anticiper si possible, avec les intéressés et leurs familles. Les besoins des uns et des autres peuvent être très dissemblables mais aussi très différents de ce qu'on peut imaginer. On doit veiller en particulier à protéger les endeuillés d'une trop grande sollicitation ou curiosité des camarades. Cela peut être réfléchi au préalable avec les classes concernées. On nous demande assez souvent des conseils pour réaliser ces accueils ; on y réfléchit avec tous pour rechercher les solutions qui paraissent les plus adaptées.

Souvent aussi, il faut encourager la communauté éducative à ne pas abandonner les festivités prévues au calendrier : sorties de classe, voyages, kermesses, etc. Ce n'est pas manquer de considération envers les personnes endeuillées que de maintenir ces périodes de retrouvailles et de fête ; au contraire, elles constituent souvent des opportunités de soutien mutuel et de consolidation des forces.

Lorsque des événements très graves et tragiques sont arrivés, au chagrin causé par la disparition, viennent très souvent se surajouter des tensions engendrées par les aspects juridiques : des plaintes vont être déposées, des recherches de responsabilité engagées, etc. Des personnes jusque-là proches peuvent se retrouver dans des camps opposés. Il est important de rappeler aux personnes impliquées toutes ces réalités juridiques et de les inciter d'emblée à se faire aider par des professionnels compétents et à défendre leurs droits et leur individualité menacés. La médiatisation des événements ne favorise guère une approche sereine de cette dimension juridique.

En cas de suspicion d'agression sexuelle de la part d'un enseignant ou d'un éducateur envers ses propres élèves, il est primordial d'aider les personnes à se protéger et de les inciter à respecter à la lettre les procédures judiciaires.

2.3.1.2. Pour les intervenants

Les psychologues qui viennent de participer à une mission d'assistance doivent impérativement prendre le temps de parler de ce que chacun a ressenti ou ressent encore. C'est une question de protection et de sécurité. On n'écoute pas sans émotion ni retentissement intérieur les bouleversements induits par la perte brutale d'un enfant ou d'un adolescent, surtout s'il s'agit d'un suicide ou d'un abus sexuel. Pouvoir exprimer ses affects, ne pas les refouler est indispensable, sinon on ne tient pas dans ce type de travail. Au passage, on peut relever une autre qualité pour être intervenant : avoir une capacité suffisante d'expression de son propre état émotionnel.

Partager ses émotions se fait bien sûr auprès des proches et des amis, mais il est indispensable de le réaliser également avec ses collègues intervenants. Ces échanges sont précieux pour la cohésion du groupe et génèrent confiance et réassurance. Dans la modalité d'aide massive, un temps de parole entre collègues est à programmer et à retenir dès les premiers jours. L'heure exacte de la rencontre sera bien sûr arrêtée en fonction des besoins du terrain, mais il n'est pas question de reprendre le travail ordinaire comme si nous n'avions pas été soumis pendant plusieurs jours à une tension extrême. La pertinence des dispositifs utilisés peut déjà être évoquée à chaud et les améliorations à prévoir envisagées, mais c'est principalement un espace pour évoquer les ressentis et impressions personnels. Ce temps de partage des émotions, de décompression, de retour au tempo habituel de l'existence est toujours nécessaire : il évite les effets traumatiques différés toujours possibles et dangereux. Un tel temps d'échange sera évidemment plus succinct pour les modalités engendrant moins de tension

Voir fiche P24, p. 189

> La première semaine de la rentrée scolaire, notre équipe a été sollicitée à quatre reprises car six personnes sont décédées dans plusieurs communautés éducatives. Tous les psychologues sont intervenus plusieurs fois. Au début de la semaine suivante, tous éprouvent le besoin de se retrouver en équipe : parler des émotions ressenties, analyser les actions, partager ce vécu stressant engendré par l'accumulation des sollicitations. C'est un moment important de solidarité et de ressourcement.
>
> Mais il faut interrompre la réunion : pris par la densité des échanges, personne n'a vu le temps passer.

Par ailleurs, nous avons appris au fil des interventions qu'il fallait associer à un temps de parole et de régulation les collègues non psychologues qui étaient intervenus en même temps que nous mais sur des registres différents (pédagogique, institutionnel, organisationnel, etc.) dans les situations difficiles. En effet, même s'ils ne nous laissent pas voir directement leurs émotions, ils sont eux-mêmes fortement exposés.

2.3.2. La fin réelle de la crise

Quand une crise se termine-t-elle vraiment ? Cette question est délicate, et seuls les groupes ou personnes impliqués peuvent réellement tenter d'y apporter une réponse. Une chose est sûre : la fin réelle de la crise coïncide très rarement avec la clôture du dispositif d'aide ; la clinique est là pour nous le rappeler. Lorsque la période du choc initial est passée, tout est loin d'être terminé, surtout si l'événement a été fortement chargé émotionnellement. Par ailleurs, le temps de récupération des personnes comme des institutions est très variable ; il est nécessaire de respecter et d'accepter ces différences de rythme. Essayons de fournir quelques précisions concernant les intervenants et les personnes des établissements touchés.

2.3.2.1. Pour les personnes des établissements

Le deuil fait partie de la vie bien sûr, mais l'école, au moins au niveau imaginaire, est considérée comme un lieu préservé des attaques de la mort : on ne devrait pas mourir quand on est enfant ou adolescent et encore moins dans un lieu scolaire… Un temps certain se révèle nécessaire pour admettre ces réalités pénibles et y faire face. C'est le temps psychologique du deuil, marqué par des moments de grande tristesse, de culpabilité, de révolte, puis d'acceptation et d'ouverture vers de nouveaux objets d'investissement. Ces événements tragiques du champ professionnel viennent, de plus, interférer avec l'histoire personnelle de chacun, réactivant des deuils récents voire anciens. En ce sens, il est bien difficile de dire quand un traumatisme est cicatrisé, quand une crise est vraiment terminée. Pendant ces périodes troublées, on remarque aussi des individus ou des groupes faisant preuve d'un courage assez extraordinaire et l'on assiste également à des élans durables de solidarité. Heureusement, les forces de vie sont aussi à l'œuvre !

Il est certain que le plus dur n'est pas toujours le choc initial, l'après-coup se révélant parfois bien plus difficile avec ses moments de tristesse ou de tension. Le travail de deuil est très variable d'un individu à un autre, d'une institution à une autre. Tout dépend de la force des résonances souterraines éveillées par l'événement tragique. Il nous arrive souvent de dire aux personnes que nous quittons après une intervention de crise de veiller à elles-mêmes dans la période qui va suivre et de ne pas hésiter à se faire aider individuellement si elles se sentent durablement bouleversées ou déprimées.

Lorsque des procédures juridiques ont été engagées, elles se prolongent au moins sur une année. Pour les individus impliqués, cette dimension vient se surajouter au deuil, à la culpabilité, et entraîne souvent des périodes très difficiles à vivre. Certaines personnes peuvent être laminées par cette accumulation de difficultés et ont l'impression que leur vie a basculé voire qu'elles n'ont plus aucune prise sur celle-ci. Avoir un avocat devient indispensable.

Dans ces situations, la crise ne se termine, au mieux, qu'à l'issue du procès. Le juge fixe les responsabilités de chacun au regard de la loi et fait appliquer les décisions prises. Le procès permet de trancher et de clore le

débat. Même s'il reste des amertumes, même si les indemnités financières ne sont pas à la hauteur des espérances, il devient possible de s'appuyer sur un jugement bien réel. Les personnes peuvent tourner la page et reprendre progressivement une vie un peu plus calme.

L'expérience montre que les périodes de procès (le premier jugement comme le second en cas d'appel) remettent tous les protagonistes dans des états psychiques semblables à ceux qu'ils ont déjà vécus, juste après le déclenchement de la catastrophe. Nous avons appris qu'il fallait prévoir des aides psychologiques pendant les procès afin de soutenir les personnes à nouveau en état de choc. La véritable sortie de crise se joue et se rejoue dans ces moments-là.

> Une enseignante s'était constituée partie civile dans un procès. Elle avait été fortement choquée par un drame (mort accidentelle d'une de ses élèves) survenu pendant son travail, et avait été incapable ensuite de reprendre les cours pendant plus de 6 mois.
>
> À l'audience, le chef d'établissement l'accompagnait ainsi qu'un psychologue. L'enseignante dut sortir à plusieurs reprises de la salle. Elle confia : *« C'est terrible, je revois défiler toutes les images du drame ; ce n'est plus possible, tout va recommencer ! »*

Lors des procédures juridiques concernant une suspicion de maltraitance sexuelle de la part d'un enseignant ou d'un éducateur, la crise perdure longtemps, parfois même se chronicise, surtout lorsque victimes et accusés tiennent des discours opposés. Au cours des semaines précédant le procès, la tension s'intensifie toujours. Le devoir de réserve imposé par la justice, nécessaire à la préservation du secret de l'instruction, ne permet pas de donner toutes les explications qui pourraient calmer la situation. Très souvent circulent rumeurs malsaines et interprétations excessives. Des clans peuvent se créer et mettre à mal durablement la communauté éducative.

Dans ces situations, comme nous l'avons déjà énoncé, il est primordial de penser à se protéger et de respecter à la lettre les procédures judiciaires. Là encore, le procès vient mettre un terme au tumulte et trancher parmi les avis contradictoires. Chaque citoyen devant se soumettre au jugement rendu, le calme peut revenir et les tensions s'apaiser. Dans ces contextes troublés, un nouveau soutien psychologique ne peut se mettre en place qu'avec une autorisation explicite des responsables de l'institution scolaire et selon des modalités précises et longuement réfléchies. Parfois, il vaut mieux n'entreprendre aucun soutien collectif.

En ce qui concerne les élèves, la fin de la crise est éminemment variable. Les enseignants remarquent des différences importantes chez les individus comme pour les groupes. En cas de mort d'un camarade, tout dépend des liens entretenus avec le défunt et des circonstances de son décès. Les groupes de parole organisés par les psychologues apportent le plus souvent un apaisement certain, permettant un travail de deuil moins difficile. Quelquefois, des groupes d'ami(e)s entretiennent fort longtemps une sorte de culte concernant le ou la disparu(e). Certains élèves ont besoin d'aide indi-

viduelle pour surmonter la séparation ; ils peuvent être reçus dans les permanences d'écoute organisées dans les collèges ou lycées ou bien bénéficier de thérapie à l'extérieur des établissements.

Un autre critère de fin de crise chez les élèves est la reprise de l'effort intellectuel et du travail scolaire. Des chutes persistantes des résultats ou des modifications de comportement sont des signes de reprise difficile ; il faut avertir les parents à ce sujet et étudier avec eux l'éventualité de remédiations particulières.

2.3.2.2. Pour les intervenants

Quelque temps après la fin du dispositif d'assistance, il convient de prévoir des moments d'échange suffisants pour reprendre et améliorer les procédures utilisées, pour contacter éventuellement les collègues d'autres services, ou bien de prévoir de nouvelles formations spécialisées. C'est un temps plus « intellectuel », moins centré sur les émotions, mais tout aussi utile. Pouvoir réfléchir ensemble, créer de nouveaux outils, améliorer les dispositifs existants : tout cela constitue, à l'usage, de bons procédés pour sortir de la crise ou de la succession des crises. C'est une élaboration différée mais tout aussi essentielle que celle centrée sur les aspects émotionnels ; c'est une manière de réorganiser le chaos et d'améliorer les modalités défensives contre celui-ci.

Ainsi, la sortie de crise, pour les psychologues, ne s'effectue pas magiquement le jour du départ de l'établissement. Comme chez tout un chacun, le travail psychique s'effectue chez eux aussi selon des modalités et des rythmes variables. Mais là encore, c'est le travail en groupe qui permet le plus sûrement une mise à distance réelle et une protection psychique efficace des individus. Cette distanciation émotive et cognitive, correctement élaborée, peut même se transformer au fil du temps en réelle expérience professionnelle.

Une gestion « suffisamment bonne » de cette période – pour prendre une terminologie du psychanalyste anglais Winnicott (1969) – permet sans doute à la résilience de s'exercer pour les personnes des écoles comme pour les intervenants. Cette résilience ne se développe pas dans l'urgence immédiate ou dans l'instantanéité, mais dans une certaine lenteur, nécessaire à l'élaboration et à l'approfondissement. Si l'on revient aux relations précoces entre la mère et l'enfant et à la théorisation de Winnicott, on peut penser que c'est la présence « suffisamment longue et régulière » de la mère qui développe progressivement mais sûrement la psyché du nourrisson. Ainsi, dans l'après-coup des crises, lorsque les psychologues prennent un temps « suffisamment long et régulier » pour partager leurs pratiques, le contenant groupal fonctionne comme une mère protectrice et soutient le développement des ressources internes tant affectives que cognitives.

Nous venons de le voir, la sortie de crise réelle s'effectue pour tous les protagonistes selon des processus individuels et collectifs complexes, très variables et assez longs. Du point de vue des soins, il faut donc prévoir des

relais après le départ des « urgentistes » : les intervenants habituels des écoles ou du secteur de santé mentale.

Pour clore ce paragraphe consacré à la dernière étape du « protocole de base », on ne peut qu'insister sur la nécessité absolue, pour les psychologues, de ne pas escamoter le temps de la sortie de crise. C'est la marque du professionnalisme que de prendre le temps nécessaire pour évacuer les tensions et améliorer les dispositifs, comme, sur un autre plan, de veiller à la mise en place de relais pour les personnes en souffrance.

3. La cellule d'accompagnement : un outil indispensable pour la gestion de crise

3.1. Constitution d'une cellule d'accompagnement

Lorsque la communauté éducative vit un fort bouleversement à la suite d'un décès brutal, le plus urgent est la mise en place d'un groupe de soutien autour du responsable, au sein même de l'établissement. En quelque sorte, cela représente la suite logique et naturelle du soutien spontané : est venue l'heure du soutien organisé, le temps de la création de la « cellule d'accompagnement ». Pour le milieu scolaire, nous préférons en effet cette dénomination à l'expression, pourtant fréquente, de « cellule de crise », d'une part pour éviter la confusion entre les diverses cellules de crise (celles de l'hôpital, de la Préfecture, de l'école), d'autre part pour ne pas accentuer un effet de panique. La dénomination « cellule d'accompagnement » nous paraît adaptée au contexte scolaire ; de plus, à l'usage, elle a toujours été bien acceptée par les familles endeuillées. Nous évoquerons à nouveau l'importance des effets d'annonce dans le paragraphe 7 consacré à la communication.

L'observation clinique suivante illustre ce qui peut se passer en l'absence d'une organisation spécifique au sein d'un établissement. Les risques de « dérapage » sont réels.

> 11 h 50. Les cours du matin se terminent au collège. Les élèves sortent. Certains doivent rentrer déjeuner chez eux, d'autres s'apprêtent à rejoindre le self, d'autres encore attendent leur tour de manger un peu plus tard. C'est à ce moment-là que Pierre se fait agresser par un inconnu dans la cour. Il saigne abondamment. Les secours ne tardent pas. L'effervescence est à son comble.
>
> Une fois pris en charge, les secours repartis, les responsables du self s'aperçoivent qu'il manque une quinzaine d'élèves. Où sont-ils ? Des appels téléphoniques passés aux familles ne permettent pas de les localiser. L'après-coup révélera que, pris de panique, des élèves ont fui le collège. Certains avaient, avec leur portable, appelé leurs parents qui les avaient récupérés sans avertir les responsables. D'autres étaient partis sans trop savoir où ils allaient. Les surveillants postés aux entrées habituellement n'étaient pas là.

Au sein d'un établissement scolaire en désarroi, la mesure principale à prendre consiste à convaincre les responsables de mettre sur pied une cellule d'accompagnement. Généralement, ils en comprennent la nécessité et suivent les conseils. Pourtant, spontanément, la plupart n'envisagent pas une seconde une telle possibilité ; mais, à situation exceptionnelle, réponse exceptionnelle. Rassembler les énergies, réunir les compétences redonne du courage aux responsables qui peuvent ainsi « sentir leurs troupes derrière eux », au-delà des frictions habituelles. Ces contacts renouvelés et renforcés permettent de trouver collectivement les meilleures solutions pour affronter le désarroi et la douleur, procurant ainsi un surcroît de confiance dont tout le monde a besoin, quelle que soit sa place hiérarchique. Cette cellule va définir la stratégie à poursuivre chaque jour, servir d'instance de préparation aux décisions. Elle va participer activement à la coordination de tous les types de soutien soit en interne, soit en collaboration avec des spécialistes extérieurs. La cellule d'accompagnement, dont la durée de vie est limitée à quelques jours normalement, ne cherche pas à réduire le niveau de responsabilité du dirigeant. Au contraire, elle vise à protéger la fonction en ne concentrant pas toute la charge sur « une même tête » ; en jouant avec les mots et en reformulant différemment, on pourrait dire : en ne concentrant pas toute la charge « dans une même tête ». Cette formulation familière vise à faire comprendre et ressentir les risques réels qui guettent, dans ces moments de tension, tout responsable : l'erreur de jugement et l'épuisement psychique. Or, dans ces moments de tension, on a surtout besoin d'un chef. Il faut donc que le responsable pense à se protéger et à s'entourer de personnes compétentes (fiche D4).

La composition de la cellule d'accompagnement et les tâches qu'elle doit réaliser sont détaillées au chapitre 3.

Voir fiches D4, p. 197 et P7, P8 et P9, p. 164-166

3.2. Intérêt d'une cellule d'accompagnement

On imagine aisément que constituer une telle équipe juste après un choc, sous l'emprise d'émotions très fortes, n'est guère facile. En revanche, si l'éventualité d'un drame a pu être anticipée, pensée, avant l'arrivée effective d'une situation difficile, la tâche devient beaucoup plus aisée. « Ça n'arrive pas qu'aux autres » : cette maxime populaire devrait pousser les responsables à prendre le temps d'envisager une réalité déplaisante et à anticiper des mesures préventives. Aujourd'hui, des établissements scolaires commencent à se préparer. Dans certains lycées, même, des cellules d'accompagnement sont constituées et deviennent opérationnelles immédiatement en cas de drame. L'impact négatif est moins violent, l'institution scolaire se protège mieux et protège mieux élèves et adultes.

Les deux observations cliniques qui suivent illustrent le manque de clairvoyance des responsables et l'envahissement possible de demandes faites par des personnes complètement impliquées affectivement et émotionnellement dans un drame personnel.

> Mme Z. téléphone au chef d'établissement. Sa fille, scolarisée en cinquième, atteinte d'un cancer va mourir très rapidement. Elle demande qu'un responsable avertisse les élèves de la classe.
>
> Répondant à cette demande, le professeur principal avertit les élèves. Ceux-ci sont restés deux jours complets dans l'angoisse de l'annonce du décès. Au choc de la disparition de l'élève, se sont rajoutés préalablement une inquiétude et un trouble intense.
>
> Justine a sauté du 5e étage de son appartement à minuit. Elle se trouve aux soins intensifs.
>
> Sa mère, qui connaît bien les meilleures copines de sa fille de classe, propose au professeur principal de venir en classe discuter avec les élèves.

Au cours des premiers jours d'une crise, le rôle de la cellule d'accompagnement se révèle essentiel et primordial. La pratique, sur tout le territoire français, de plusieurs centaines d'expériences de gestion de crise nous permet de tenir une telle affirmation. Une des premières tâches des équipes spécialisées est de veiller à ce qu'une telle structure se mette en place le plus rapidement possible, puis d'assurer un temps de soutien particulier pour les personnes qui sont montées « en première ligne » parfois sans préparation. Si les responsables pédagogiques ou institutionnels ne parviennent pas à créer une cellule, il est impératif pour les équipes d'intervention de le faire et d'en assurer l'animation. Cette recommandation s'applique particulièrement en cas d'événement tragique impliquant le responsable d'un établissement. Le recours à une métaphore empruntée au monde de la navigation maritime permet d'insister sur cette nécessité : quand un bateau part à la dérive et que plus personne ne tient la barre, le plus urgent est de reprendre en main le gouvernail, même si ce n'est pas la personne en titre qui assure cette fonction momentanément.

La création de la cellule d'accompagnement est une des mesures les plus efficaces pour remettre à flot un établissement. L'effet de réassurance est rapide ; élèves, professeurs, parents, chacun retrouve ses repères, la vie peut reprendre. Elle redonne confiance aux personnes, car c'est leur propre équipe qui assure l'essentiel des tâches de base. Ce ressenti vaut tous les discours d'encouragement. Dans les moments de crise, les personnes ont besoin de voir des réactions concrètes se réaliser rapidement. L'intensité de la crise décroît aussitôt, presque automatiquement. La douleur n'est pas supprimée, elle est atténuée, et les personnes peuvent faire face selon des mécanismes psychiques et groupaux plus adaptés.

Les aides psychologiques spécialisées viennent compléter et consolider ce travail de réorganisation institutionnelle. Si ce dernier n'est pas bien réalisé, l'effet des aides psychologiques se révèle peu efficace : une inconsistance institutionnelle chronique vient saper les efforts individuels. On risque alors de se retrouver face à une crise interminable et très déstabilisatrice. Fort heureusement, dans la grande majorité des cas, on trouve, dans les institutions scolaires, des personnes qui ont le sens des responsabilités, du devoir et qui se préoccupent du bien-être des élèves qui leur sont confiés.

4. Les modalités groupales d'aide psychologique

4.1. Choix des techniques selon la gravité de la crise

Pour cette présentation du choix des techniques, nous avons fait le choix de distinguer les crises en fonction de leur degré de gravité. Les techniques utilisées lors des crises majeures diffèrent en effet des approches mises en œuvre lors des situations de moindre ampleur. Les différences proviennent surtout des conditions d'application des techniques qu'il faut savoir adapter aux phénomènes particuliers qui surviennent lors des événements tragiques. Nous avons donc préféré une présentation en deux temps : d'abord les crises moyennes ou mineures, puis les crises majeures. Lors de ce choix d'une présentation distincte, nous avons également pensé aux collègues qui parcoureront ce manuel lors d'une intervention réelle. Une présentation unique pourrait provoquer des confusions et entraîner des choix malencontreux ; pris dans l'urgence d'une situation, ils ont besoin de repères clairs et simples. Les techniques utilisables dans toutes les conditions critiques seront présentées en détail une seule fois et feront l'objet d'un simple rappel dans les autres types de crise.

Rappelons l'importance primordiale de l'évaluation initiale. En fonction du diagnostic réalisé, il devient possible d'apprécier le degré de gravité globale d'une situation, puis de choisir en conséquence la modalité d'intervention appropriée : mise en place d'un dispositif d'assistance léger ou lourd. Les dispositifs techniques à mettre en œuvre varieront en fonction de l'importance de la modalité retenue.

4.2. Différencier intervention immédiate et post-immédiate

La confrontation des pratiques professionnelles laisse apparaître quelques différences dans le choix des procédés utilisés. Après le soutien prodigué le plus vite possible auprès du chef d'établissement, certains psychologues sont conduits à intervenir auprès des élèves ou des adultes dans les premières 24 heures (intervention immédiate) alors que d'autres préfèrent l'intervention différée (2 ou 3 jours après le drame). Pour ces interventions, qui relèvent des modalités M3 ou M4, les deux solutions sont effectivement possibles.

L'intervention immédiate vise principalement à désamorcer l'impact du choc et se centre sur le vécu individuel et collectif immédiat. Des questions inductrices peuvent aider à cette expression.

Voir fiche P10, p. 167

L'intervention post-immédiate cherche à faire baisser l'état de tension en établissant, si possible, des liens avec l'histoire personnelle et/ou institutionnelle.

Reprenons les principaux avantages et inconvénients de chacune des approches lorsque, après l'évaluation initiale, le choix de l'une ou de l'autre reste possible. Il est en effet des circonstances où l'intervention immédiate est indispensable. Celle-ci se déroule dans les 24 heures après la survenue du drame. Cette rapidité d'intervention est très appréciée des équipes d'enseignants, car elle rassure et évite la montée des sentiments d'abandon. Une aide spécialisée peut être apportée à un moment où les individus sont moins défensifs. En revanche, l'intervention immédiate suppose que les psychologues abandonnent rapidement le travail en cours.

Dans l'aide différée, 2 à 3 jours après l'événement dramatique, le soutien téléphonique auprès du chef d'établissement doit être plus important. L'un des principaux mérites de cette modalité consiste dans une plus grande utilisation du soutien spontané, ce qui peut se révéler bénéfique pour la communauté éducative. Les personnes qui demandent un soutien en décalage avec l'événement ont généralement une demande plus réfléchie et plus en lien avec leur histoire personnelle. Cette modalité est moins gourmande en temps de psychologue et elle laisse un temps plus important pour déplacer les rendez-vous.

Il n'est pas question pour nous de devenir dogmatique en imposant l'une ou l'autre des modalités. C'est à chaque équipe de choisir en fonction de son histoire et de ses contingences institutionnelles. Peut-être, dans quelques années, pourrons-nous fournir une réponse plus nette ? L'important est de réaliser une évaluation initiale sérieuse puis d'établir un choix d'intervention qui ne soit pas nuisible pour l'établissement en détresse.

De notre point de vue, le psychologue doit impérativement posséder des outils d'analyse et des grilles de procédures pour se repérer et poursuivre les objectifs de son intervention. Bien sûr, il y a une part d'improvisation et d'adaptation, aucune situation n'étant semblable, mais il vaut mieux avoir de solides bases techniques pour conduire l'animation de tels groupes, sans dommage pour soi ou pour les autres.

Les fiches techniques sont indispensables pour maîtriser l'ensemble des phénomènes à prendre en charge et ne rien oublier d'essentiel. Paradoxalement dans ce type de pratique, les procédures et les guides ne viennent pas bloquer l'écoute ; ils viennent, au contraire, soutenir son développement. Approche méthodologique et dimension clinique ne s'excluent nullement. Osons une métaphore : dans le monde du spectacle, les trapézistes qui enchaînent les figures dangereuses sous le chapiteau du cirque utilisent toujours un filet de protection. Pour nous, un des cordages constitutifs du maillage protecteur est constitué par les guides d'animation et les listes de procédures. Comme les filets, les guides sont rustiques, rudimentaires pourrait-on dire, peu esthétiques même, mais très utiles en cas de synchronisation défectueuse ou de dérapage.

Par ailleurs, deux éléments sont essentiels à nos yeux. Tout d'abord, les fiches qui servent à guider l'action ne se substituent nullement à une approche théorique : les modalités d'action ne trouvent sens et justification qu'au regard des données théorico-cliniques qui les fondent. De plus, l'animation

de ces techniques ne peut être assurée que par des psychologues formés à la psychopathologie. Une utilisation sauvage de ce genre de technique par des personnels insuffisamment ou pas du tout formés peut malheureusement induire des effets négatifs graves pour les personnes fragilisées. Ainsi, les critiques, en partie justifiées, contre l'usage systématique des débriefings en cas de crise s'appuient autant sur les mauvais usages des techniques que sur les techniques elles-mêmes. En tout état de cause, même pour des professionnels chevronnés, il faut toujours faire preuve de prudence et d'humilité face aux patients afin de ne mettre en place aucune action pouvant se révéler nocive.

4.3. Intervention immédiate

Nous abordons ici les modalités groupales qui peuvent être développées lors des crises de faible ou de moyenne amplitude. Elles sont mises en place le lendemain du drame, parfois le soir même. Une offre d'aide immédiate peut être faite aux élèves, mais habituellement il faut se préoccuper en priorité des adultes : toute l'équipe dans une petite école primaire, ou bien les professeurs de la classe ou du niveau concerné dans le secondaire. Parfois, l'aide immédiate n'est réalisée qu'auprès de la cellule d'accompagnement qui a déjà organisé les premières mesures et dont les membres ont été très sollicités.

Sur place, on insiste pour que toutes les personnes concernées viennent au temps de partage, même si elles ne souhaitent pas s'exprimer. On n'oblige personne, bien entendu, mais l'expérience montre qu'il est important de se montrer persuasif à ce moment d'une intervention. Bien évidemment, les personnes (jeunes ou adultes) présentant d'emblée des symptômes psychiques inquiétants sont vues en urgence individuellement, voire orientées rapidement vers un lieu de soin médicalisé.

Dans les crises d'intensité moyenne ou faible, nous essayons de faire respecter le cadre habituel de fonctionnement d'un groupe d'expression : commencer à l'heure, éviter les entrées et sorties durant le temps d'échange, veiller au respect des opinions, rappeler les règles de confidentialité et de discrétion. Ces conditions de fonctionnement en groupe représentent symboliquement la possibilité de retrouver un contenant psychique suffisamment stable pour endiguer les émotions extrêmes. Après un choc déstabilisateur, un cadre est posé pour redonner un équilibre, une possibilité de reprendre pied puis de se remettre en marche. Une certaine souplesse est nécessaire, cependant, dans l'application de ce principe. Lors des drames, une des fonctions essentielles du psychologue consiste à maintenir un cadre de fonctionnement protecteur ; contre l'angoisse collective, ce cadrage se révèle un remède souverain.

Immédiatement après un événement dramatique, la plupart des personnes impliquées parlent beaucoup et livrent devant leurs collègues des émotions ou des faits de vie qu'ils avaient dissimulés jusque-là. Le désarroi, la culpabilité, mais aussi la colère, l'agressivité, les expressions d'amitié

sont exprimés avec beaucoup plus de force que d'habitude ; les défenses sociales s'estompent et l'on parle avec moins de retenue. Le transfert sur le psychologue est généralement massif, en négatif comme en positif. On remarque également des transferts latéraux (entre les personnes du groupe) de grande intensité. Sauf en cas de difficultés institutionnelles anciennes et graves, la fin du temps d'expression collective voit les groupes se ressouder. Devant le drame comme devant la nécessité de faire face, la solidarité se réveille, la cohésion se renforce et les querelles habituelles sont mises en sourdine. C'est au psychologue de piloter ces échanges groupaux toujours très intenses. Aucune situation n'étant semblable, il y a toujours une part d'improvisation et d'adaptation lors des interventions de crise.

Habituellement, la première rencontre avec les adultes comporte deux temps complémentaires mais indispensables. Cela est très spécifique à ce type d'intervention, et assez inhabituel dans la pratique d'un psychologue clinicien. Il s'agit d'abord d'organiser un temps centré sur les émotions, puis un temps centré sur l'organisation concrète des prochaines heures. Cette particularité de l'aide immédiate sera plus longuement développée dans le paragraphe 6 consacré aux crises majeures, où elle apparaît avec plus de netteté (voir fiche P11).

En ce qui concerne l'aide aux élèves de la classe la plus touchée, deux options sont possibles, notamment pour les interventions en école primaire : soit une aide directe du psychologue aux élèves volontaires ou en difficulté importante, mais alors en petits groupes (voir fiche P12) ; soit une aide pour tous, en coanimation avec l'enseignant dans la classe, mais dans un registre psychologique moins approfondi (voir fiche P13). Le choix de l'approche retenue dépend de la capacité des équipes enseignantes de faire face, mais aussi de la disponibilité immédiate du personnel spécialisé.

Dans les crises moyennes ou faibles, l'enseignant est assez souvent seul avec ses élèves pour annoncer les tristes nouvelles et partager les premières émotions. L'expérience montre que l'aide spécialisée est prioritairement dirigée vers les adultes qui ont dû soutenir les élèves le jour même. Après coup, ils éprouvent eux aussi le besoin d'être réconfortés et soutenus.

Voir fiches P11, P12, P13 p. 168-171

> Un matin, je reçois l'appel d'une directrice d'école, car un de ses élèves, âgé de 10 ans, est décédé la veille dans un accident de la circulation. Elle me raconte comment elle a réagi depuis avec les enseignants puis ce matin avec les élèves de la classe. Je suis très étonné de la tonalité de ses propos : elle doit être bien bouleversée pour parler ainsi de la situation. Je propose donc une rencontre le jour même. Je contacte une collègue qui partage mon analyse mais ne peut se libérer pour la fin d'après-midi. J'irai donc seul rencontrer les enseignants et les représentants des parents d'élèves que j'ai demandé d'inviter.
>
> Lors de la rencontre, j'apprends que, 2 ans auparavant, déjà deux élèves ont perdu la vie dans un grave accident de la route. Le nouveau malheur

évoque trop la douleur passée. Toutes les personnes réunies autour de la table se mettent spontanément à évoquer des deuils personnels.

De nombreuses émotions sont exprimées. Je perçois un respect mutuel important et une grande attention aux paroles. En les écoutant, je comprends mieux l'importance du désarroi perçu le matin chez la directrice. Malgré la douleur exprimée, les personnes peuvent faire face à la situation et soutenir correctement les enfants. Le soutien immédiat était bien nécessaire cependant, pour évoquer un passé encore très pesant et pour atténuer le poids du nouveau décès. Ce n'est qu'après ce temps d'expression que l'on a pu passer au second moment, consacré à la recherche collective des mesures adaptées à l'encadrement des élèves. Juste au moment de la conclusion, une représentante des parents d'élèves éclate en sanglots : *« Je suis infirmière à hôpital et j'ai vu trop d'enfants mourir, et là-bas, on n'organise rien pour nous ! »* Intense émotion que chacun respecte en silence.

Quelques jours après, la directrice reprend contact comme prévu : la classe va aussi bien que possible. Elle m'apprend que sa propre mère vient de mourir à la maison de retraite. Nous échangeons sur le moment de vie bien difficile qu'elle traverse. La directrice évoque à nouveau le décès du garçon en me demandant de revenir pour voir des enfants, deux frères, témoins de l'accident, car *« ils doivent être certainement perturbés »*. Je refuse un déplacement immédiat et suggère de proposer à la mère de me contacter téléphoniquement afin de faire le point. Si nécessaire, je pourrai les recevoir.

La mère m'appelle le jour même : nous convenons vite que ses fils se sont bien protégés et commencent à oublier l'accident. Il ne faut surtout pas déranger ce travail naturel de cicatrisation. Personne ne reprendra contact dans les semaines suivantes.

On perçoit dans cette évocation l'importance du soutien immédiat qui vient contrecarrer l'impact des phénomènes de répétition. C'est l'intuition de départ du psychologue qui lui a fait proposer une aide immédiate que la directrice ne demandait pas directement. Plusieurs mois après, elle a repris contact et remercié chaleureusement de l'aide apportée à toute son équipe.

4.4. Intervention post-immédiate

Les interventions post-immédiates sont organisées quelques jours après le drame, le plus souvent après l'enterrement, s'il y a eu décès. Le temps a déjà passé, les vécus psychiques sont différents de ceux constatés dans les premières heures, en particulier les modalités défensives. Globalement, l'expression des ressentis et des émotions est beaucoup moins spontanée, la parole est devenue plus circonspecte. À cette étape, une partie des personnes préfèrent le silence et le repli, modalité défensive qu'il faut absolument respecter ; ce que ne comprennent pas spontanément les adultes qui préconiseraient un « passage systématique » chez les psychologues.

➸ **Voir fiche D5, p. 198**

Rappelons qu'en milieu scolaire, une aide différée n'est efficace que si l'établissement a pu remettre en place son organisation habituelle. Sinon, il faut d'abord prendre en charge cette réalité.

Les psychologues retrouvent un fonctionnement plus familier dans les modalités techniques qu'ils vont utiliser à ce stade. L'aide psychologique post-immédiate est centrée sur l'écoute du vécu dramatique et sur le soutien de modalités défensives adaptées. Le repérage des personnes en difficulté majeure reste évidemment primordial. L'attention aux modalités de vie concrète se trouve normalement reléguée au second rang, ce qui différencie ce soutien différé de l'aide immédiate. Les liens entre l'événement dramatique récent et l'histoire personnelle voire institutionnelle peuvent commencer à être abordés. La centration sur l'écoute des vécus dramatiques et le début du processus de deuil font réserver ce type d'action à des professionnels de la psychologie. L'animation doit se faire impérativement à deux : ce type de groupe est difficile à conduire et l'on ne sait jamais à l'avance comment une personne du groupe peut réagir. En cas de problème, un des psychologues peut prendre en individuel la personne qui s'effondre, protégeant ainsi le reste du groupe d'une expression trop forte et déstabilisante.

L'intervention des psychologues est annoncée de manière officielle et en respectant les normes déontologiques habituelles. Il est important de réaliser un sondage un jour ou deux avant afin de vérifier s'il existe une demande réelle. L'expérience nous a appris la prudence.

➸ **Voir fiche P14, p. 172**

> À en croire un directeur d'études, tous les élèves d'une classe de terminale avaient besoin d'une aide après le décès accidentel d'un des leurs ; il les sentait tendus, n'arrivait plus à parler avec eux. Les psychologues avaient rencontré les délégués de classe pour connaître leur avis : les élèves ne désiraient rencontrer personne. Le directeur décida cependant de maintenir la proposition de soutien collectif. Le jour prévu pour le groupe de parole, les deux psychologues ne virent venir personne. En fait, ce que nous soupçonnions depuis le départ s'était révélé exact par la suite : l'accident de deux roues s'était produit au cours d'un trafic de drogue. Nous avions en effet été très intrigués par le fait que les autres jeunes présents (scolarisés dans la même classe) au moment du drame avaient dépouillé le mort de ses chaussettes et de ses chaussures juste avant l'arrivée des secours et de la police. Les jeunes complices n'avaient surtout pas envie de parler à quiconque et maintenaient un carcan de silence sur tout le groupe classe.

À cette étape, l'animation en petit groupe ou en grand groupe se fait selon un scénario semblable. Nous n'avons pas distingué non plus les groupes d'adultes des groupes élèves. Au niveau de l'aide différée, les procédés utilisés auprès de ces deux populations sont techniquement assez proches

(fiches P15 et P16). Il convient bien évidemment de les adapter en fonction de l'âge des individus rencontrés. La possibilité d'un temps individuel est toujours proposée à l'issue du temps en groupe (fiches P17 et P18).

Voir fiches P15 à P18, p. 173-178

Quand un groupe de jeunes est bloqué à l'oral, on peut utiliser une technique passant par l'écrit. Cela permet aux jeunes qui n'osent pas s'exprimer à haute voix de le faire autrement, et aux psychologues d'avoir accès rapidement aux principales interrogations des jeunes. On écrit au tableau une série de questions auxquelles on propose aux jeunes de répondre par écrit, que ce soit à toutes ou seulement à celles de leur choix. On leur précise qu'ils peuvent indiquer par une croix ce qu'ils ne veulent pas partager avec le groupe.

Voici les questions qui ont été posées aux jeunes dans le cas clinique qui suit.

- Qu'avez-vous ressenti lundi lorsque vous avez vu ou avez été informé de l'agression ?
- Que ressentez vous maintenant ?
- Qu'est-ce qui est le plus difficile pour vous ?
- Quelles questions cela vous pose-t-il ?
- Cela éveille-t-il des souvenirs difficiles ?

Le psychologue recueille les écrits après un petit temps et regroupe les questions communes pour favoriser les échanges.

Cas clinique

Lundi, un individu a profité de la sortie de midi pour s'introduire dans l'établissement. Il s'est cagoulé dans un coin de la cour et a agressé avec un couteau un élève de quatrième puis a réussi à s'enfuir. Selon le médecin urgentiste, la blessure ne suscite pas d'inquiétude. Toutefois, l'élève a été conduit aux urgences pédiatriques. Les services de police ont été alertés et l'enquête est en cours.

Mardi, une cellule d'écoute psychologique est mise en place.

Mercredi, la police découvre le coupable : un élève de troisième du même établissement.

Jeudi, à la demande du directeur, un temps de parole est proposé aux volontaires de cette classe de troisième. Tous les élèves sont présents.

Après avoir défini le cadre fonctionnel et éthique (durée des échanges, règles de libre expression, non-jugement, confidentialité) et devant la difficulté des jeunes à se lancer dans l'échange, le psychologue leur propose des questions au tableau et les invite à y répondre par écrit, s'ils le souhaitent.

Les jeunes ont répondu volontiers. Une discussion très enrichissante a suivi.

Les réflexions et questions les plus fréquentes concernent le camarade, arrêté par la police – la victime occupe une place secondaire dans les préoccupations… L'appartenance au groupe classe est puissante. La reconnaissance de la sympathie habituelle envers ce jeune engendre un questionnement très déstabilisant. L'échange pose la question de la folie. Quand est-on fou ? Aurait-on pu voir des

signes précurseurs et faire quelque chose afin d'éviter un tel passage à l'acte ? Il émerge de ce groupe un désir de soutien pour leur *« pote »*.
La palette des émotions est variée. Elle démarre souvent par la surprise puis la peur et enfin de la tristesse mêlée de compassion.
La question du sens de l'acte occupe ensuite le cœur de l'échange. Qu'est-ce qui peut amener un être à porter atteinte avec violence à un proche qui paraît innocent ? Est-ce que chacun de nous pourrait être potentiellement un agresseur ?
Enfin, une forme de désillusion se fait jour dans ce groupe. Les jeunes comprennent que le danger peut survenir dans un lieu scolaire, endroit où une telle violence n'était pas imaginable pour eux.

4.5. Organisation pour les psychologues en intervention post-immédiate

Les interventions post-immédiates se déroulent sur une demi-journée ou une journée entière ; deux psychologues ou plus sont mobilisés en fonction des besoins. À ce stade de la crise, le déroulement normal du travail scolaire est normalement remis en place dans l'établissement ; sinon, il faut régler en priorité cette désorganisation avec les responsables pédagogiques.

Dans les services de psychologie qui reçoivent des demandes régulières d'intervention de crise, il est nécessaire de trouver une organisation de travail adéquate pour pouvoir y répondre. Certaines équipes ont ainsi des heures disponibles chaque mois pour cette tâche. Bien évidemment, l'appel de détresse n'arrive pas le jour prévu dans la programmation du travail, mais le fait de disposer de demi-journées réservées aux urgences permet de reporter sur ces horaires disponibles les activités normales. Sans des techniques de ce genre, les services des départements à fort effectif scolaire ne peuvent pas répondre aux demandes justifiées qui leur parviennent régulièrement.

Nous présentons dans l'encadré 2.2 le déroulement type d'une activité de soutien post-immédiat au sein d'une école ou d'un établissement secondaire. Les jours précédents, les psychologues ont assuré un lien soutenu avec le directeur. Ils ont organisé ensuite les déplacements et modifications d'emplois du temps.

Encadré 2.2. Une demi-journée d'intervention post-immédiate

7 h 30

Si possible, les psychologues se retrouvent et font voiture commune ; sinon, ils prévoient un temps de mise au point entre eux. C'est l'occasion de partager les informations, de rappeler le déroulement de la situation depuis le premier appel puis de repréciser ensemble l'organisation probable de la matinée. Les inquiétudes concernant tel ou tel impliqué sont partagées et étudiées. Ce temps

de partage constitue un moment essentiel de préparation et de centration sur la tâche à accomplir.

8 h 30

Un premier contact avec le directeur ou la directrice est pris immédiatement. Comment est l'ambiance générale, le travail scolaire a-t-il pu reprendre ? Comment vont les principaux impliqués ? Depuis le dernier coup de téléphone, d'autres incidents se sont-ils déroulés, des informations nouvelles sont-elles connues ?
Après ces mises au point, on revoit avec le responsable et ses adjoints, si l'établissement compte un nombre important d'élèves, l'organisation concrète de la matinée. Combien d'élèves sont demandeurs ? Des professeurs et des membres du personnel souhaitent-ils rencontrer les psychologues ? De quelles salles dispose-t-on ? Rapidement, le responsable des intervenants propose un planning. Si les élèves préfèrent venir en petit groupe, les psychologues interviendront parfois seuls afin de multiplier les possibilités de rencontre (une vingtaine de minutes habituellement par petit groupe, sauf pour les impliqués proches qui ont besoin d'un temps plus long d'expression). Un planning horaire est indispensable car il permet à chaque psychologue de connaître tout de suite les principales tâches à accomplir. Il permet également de vérifier immédiatement si tous les demandeurs pourront être vus dans le temps prévu ; sinon, il faut définir des priorités. Les psychologues s'inquiètent enfin, auprès du responsable, de l'accord des parents pour les rencontres avec les élèves mineurs.
Dans la programmation pour la matinée, est prévue une coupure d'une dizaine de minutes entre psychologues afin de faire le point, de s'adapter aux imprévus et souffler un peu si c'est possible… On définit un lieu disponible pour les psychologues pendant toute la matinée : le bureau du directeur ou une salle particulière. On s'accorde également sur les personnes ressources disponibles dans l'établissement en cas d'incident imprévu.

9 h 00–10 h 30

Début des rencontres prévues. Les élèves volontaires quittent leur classe selon l'horaire arrêté avec les responsables pour retrouver les psychologues qui les attendent à l'endroit convenu. Le déroulement suit la progression détaillée dans les fiches techniques. S'ils sont deux, un des psychologues prend la direction du groupe, l'autre restant dans une position d'écoute. À la fin de chaque séance groupale, les psychologues proposent toujours la possibilité d'entretien individuel pour ceux qui le souhaitent. Parfois, ils proposent eux-mêmes à des personnes manifestement en difficulté de les recevoir individuellement. Si nécessaire, les parents d'un enfant en difficulté seront contactés immédiatement.
Pour les jeunes élèves, après la séance, un des psychologues contacte généralement l'institutrice ou le maître et s'intéresse à l'atmosphère globale de la classe. Il peut également demander d'accorder une attention particulière à un élève particulièrement affecté.

10 h 30–10 h 40

Les psychologues se retrouvent pour faire un point rapide entre eux. S'ils se rendent compte à ce stade que l'ampleur de la crise est plus importante que prévue, ils essaient de trouver de nouvelles solutions ou de redéfinir les prio-

rités du soutien. Assez souvent, même en l'absence de difficultés majeures, il y a nécessité d'ajuster le planning initial construit le matin. Les psychologues définissent entre eux qui pourra rester parler au responsable à la fin de la matinée. En effet, certains doivent partir dès la fin des cours car d'autres activités les attendent, parfois dans un lieu éloigné, au début de l'après-midi. Il arrive que des enseignants ou des surveillants surgissent lors de cette coupure, car ils s'interrogent sur la conduite à tenir face à tel ou tel groupe. Un des psychologues se libère alors pour les écouter et donner un conseil si le problème est simple ; sinon, il propose de les recevoir ultérieurement.

10 h 40–12 h 00

Suite des activités de soutien.

12 h–12 h 30

On retransmet au directeur les points essentiels : l'atmosphère générale, l'état d'esprit des individus et des groupes, sans bien sûr déroger aux règles de confidentialité. Des questions restent souvent en suspens à ce stade de la crise. Avec le chef d'établissement ou les membres de la cellule d'accompagnement, nous cherchons ensemble les solutions les plus appropriées. Si des interrogations subsistent, au plan psychologique, nous convenons d'un temps supplémentaire, en direct ou par téléphone, pour en reparler et suivre l'évolution. Nous essayons aussi de repérer les difficultés sérieuses qui persistent, même si elles ne relèvent pas de la seule approche psychologique. Pour les dimensions pédagogiques, religieuses, administratives voire juridiques, nous renvoyons vers les différentes personnes ressources. Enfin, nous ne partons jamais sans évoquer avec le chef d'établissement son propre ressenti et la lourdeur de la charge qui pèse sur ses épaules. Le plus souvent, avant de partir, nous convenons avec lui d'un prochain rendez-vous téléphonique afin de rester en liaison et de pouvoir partager les soucis.

12 h 30 ou 13 h

C'est le moment de reprendre la route. Si l'on partage une même voiture avec un collègue, c'est l'idéal. Sur le chemin du retour, on peut en effet échanger avec lui les émotions comme les impressions ou analyses concernant la crise en cours. Puis la conversation change de tonalité : apparaît le temps bienvenu de la décompression et du retour à la vie ordinaire.

5. Les modalités individuelles d'aide psychologique

5.1. Particularité de l'entretien de crise

La pratique de stage de formation à la gestion de crise pour des psychologues nous a conduits à proposer des fiches techniques spécifiques : les collègues pourtant formés à l'entretien éprouvaient le besoin d'avoir sous la main des aide-mémoire lors des situations d'urgence. Ceux qui étaient déjà intervenus en situation de crise avaient bien perçu que, dans ces moments particuliers, les techniques classiques étaient utiles mais pas tout à fait suf-

fisantes. Il fallait les adapter. Mais cette recherche inquiétait : gardions-nous une approche clinique ou bien changions-nous de position professionnelle ? Notre propre pratique, confortée par l'expérience des praticiens intervenant lors des épisodes suicidaires aigus, nous a orientés vers une technique particulière, celle des entretiens de crise. Cette différenciation par rapport à la conduite habituelle des entretiens cliniques trouve sa justification dans les particularités présentées par les personnes perturbées lors des épisodes de crise :

– importance des manifestations d'inhibition ou d'excitation ;
– fort niveau d'anxiété ;
– diminution des capacités de jugement ;
– centration sur le présent immédiat ;
– risque d'évolution vers des troubles de la personnalité.

Dans un contexte difficile, une atmosphère tendue, les fiches techniques peuvent donc aider les professionnels à garder leur sang-froid, à pouvoir prendre du recul et à se recentrer sur leur fonction principale : soulager la souffrance psychique, repérer les personnes dont les défenses psychiques paraissent défaillantes, puis les orienter rapidement vers des professionnels spécialisés. Une première fiche détaille les conditions de mise en œuvre.

Voir fiche P17, p. 177

L'expérience montre qu'un entretien de crise correctement guidé peut apporter un soulagement réel et immédiat à une personne, pourtant reçue une demi-heure auparavant en plein désarroi. Une écoute attentive et chaleureuse peut aider une personne à reprendre pied, à se situer à nouveau dans le monde des vivants, à sortir de l'état d'égarement où le choc l'avait conduit. C'est une grande satisfaction pour un intervenant de voir un jeune ou un adulte sortir de l'état d'hébétude ou d'agitation où il se trouvait. Tout n'est pas résolu, mais un retour à la vie a pu être amorcé. Il est prudent de laisser la possibilité d'un nouveau contact dans les jours suivants.

Nous différencions les types d'entretien selon l'origine de la demande : de la part d'une personne impliquée ou du psychologue. Cette distinction est primordiale car la direction de l'entrevue devient différente.

Précisons enfin que les deux modalités d'entretien individuel de crise, décrites ci-après, peuvent être utilisées dans toutes les situations d'urgence. En effet, centrées sur le vécu individuel, elles concernent la résonance affective que peut déclencher tout drame, indépendamment de la gravité réelle de la situation. Le praticien peut donc être amené à les mettre en œuvre lors d'un soutien immédiat ou post-immédiat, lors d'une crise majeure comme au décours d'une crise globalement de faible intensité.

5.2. Entretien demandé par une personne impliquée

La fiche P18 présente le déroulement possible d'un entretien de crise lorsqu'il est sollicité par une personne, témoin ou impliquée.

Voir fiche P18, p. 178

Lors des drames majeurs, la demande d'entretien individuel est importante et souvent justifiée. La plupart des entretiens ont lieu le jour même, mais il arrive assez fréquemment que les réactions soient différées ou que des personnes ressentent les effets persistants d'un malaise. Elles font alors une demande d'entretien. On remarquera que l'intervention d'un tiers les confortant dans la démarche est fréquente.

> Trois semaines après la rentrée scolaire de septembre, un père de famille, séparé de son épouse, tua chez lui ses trois enfants en les poignardant, puis se donna la mort. Cette personne avait des responsabilités dans l'association de parents. Les trois enfants avaient été scolarisés dans l'école jusqu'aux grandes vacances précédentes. À la suite de la séparation, la mère avait déménagé et inscrit les enfants dans une autre école.
>
> Le drame avait secoué la communauté éducative. À la demande du chef d'établissement, une cellule d'accompagnement avait été mise en place, des interventions dans l'école avaient été programmées et réalisées pour les enseignants et les élèves.
>
> Une dizaine de jours après le drame, une semaine après les interventions psychologues dans l'école, la mère d'un des élèves de CP fit part de son inquiétude. Son fils, qui n'avait pas 6 ans, avait menacé sa petite sœur d'un couteau en disant qu'il allait la tuer *« comme les papas »*. Le chef d'établissement relaya la demande de la mère, ajoutant : *« Il y a des tensions dans le couple parental, le père est impulsif et violent… alors il y a peut-être un risque. »*

Cas clinique

Au premier soir des vacances de printemps, le concierge d'un groupe scolaire est mort, étouffé, coincé sous une lourde grille métallique après avoir effectué une manœuvre dangereuse qu'il n'était pas censé effectuer. Trois hommes d'entretien et une secrétaire n'ont pas eu l'occasion de s'exprimer à la suite du drame. Ces personnes partageaient un certain ressentiment à l'égard d'un supérieur hiérarchique, qui avait été très maladroit en paroles et en actes à la suite de cet accident mortel.

Sur proposition de leur chef d'établissement, elles demandent à rencontrer le psychologue. Voici quelques données tirées des entretiens où s'expriment la dureté du « ressenti émotionnel ».

La première expose sa révolte devant l'absence de compassion et la dureté de son supérieur. La deuxième évoque l'alcoolisme du concierge et les problèmes occasionnés dans le travail. Elle exprime sa culpabilité de ne pas avoir tenté de l'aider puis associe sur l'écho que cela trouve dans sa propre vie familiale. Elle a vécu l'alcoolisme d'un de ses parents et repense aux positions différentes dans la fratrie face à cette situation. Pour la troisième, elle-même touchée par l'alcoolisme, ce drame réveille tous les risques encourus, passés et présents.
La secrétaire, qui a facilité le déroulement des entretiens, sollicite le psychologue au moment de son départ. Ce n'était pas prévu. Elle travaille depuis longtemps dans l'établissement et doit rédiger les courriers officiels : *« J'ai sous les yeux tous les détails, c'est horrible ! Et il y a autre chose que je veux dire, la grille métallique sous laquelle il est mort étouffé, elle ferme un des côtés de la salle de réception. Le lendemain, il y en avait justement une à laquelle mon mari et moi nous participions après avoir aidé à sa préparation, c'était pour un mariage. Après une nuit blanche, car nous avons été au courant du drame le soir même, c'était vraiment très dur, je ne voyais que cette grille. »* L'entretien se poursuit et se conclut par le reproche de la part de la secrétaire du manque de dialogue, d'humanité, de professionnalisme du supérieur hiérarchique.

Ces échanges en entretien d'aide post-immédiate ont montré leur effet par la diminution du mal-être de ces personnes. Elles avaient pu exprimer leur souffrance personnelle et professionnelle qui avait ainsi été reconnue. Cela leur a permis de prendre de la distance et de dialoguer avec d'autres cadres de l'institution.

5.3. Entretien sollicité par le psychologue

Ce type d'entretien diffère du précédent car il est directement sollicité par le psychologue. Ce dernier s'inquiète des symptômes présentés par une personne particulièrement affectée par un événement dramatique ; il s'alarme également de la non-demande d'aide personnalisée. La nécessité d'un diagnostic immédiat guide le praticien. À l'issue de l'entrevue, deux possibilités se présentent : le psychologue peut être rassuré, au moins à court terme, sur l'état psychique de la personne ou, au contraire, conserver son inquiétude et prendre alors les mesures adéquates.

Une bonne formation en psychopathologie est évidemment fort utile pour réaliser ce type d'entretien. Intervenir à plusieurs lors des crises permet de confier ce type d'entrevue au professionnel le plus chevronné. Par ailleurs, ces entretiens « consomment » beaucoup d'énergie psychique et requièrent un niveau d'attention élevé.

Voir fiche P19, p. 180

L'entretien reproduit dans le cas clinique ci-après a été initié par le psychologue après le temps collectif d'intervention post-immédiate.

Cas clinique

Quelques mois après le décès d'une petite fille, un accident domestique met en danger les jours du frère d'une autre enfant. Le psychologue intervient dans la classe.

Aline s'était exprimée spontanément mais brièvement sur les faits : la bouteille de limonade contenant du décapant prise par son frère, sa chute après avoir bu et la crainte qu'il meure. À la fin de l'intervention, Aline était triste et pensive et il a semblé important qu'elle puisse s'exprimer seule.

« J'étais en train de colorier. Il a eu envie de prendre de la limonade. Je fais tout le temps des dessins. Ma cousine qui fait encore pipi dans sa culotte, elle a dit que c'est bien fait, elle aime pas Étienne. » Un silence puis : *« Maman, elle va tous les jours à l'hôpital… C'est la maman de Cindy qui me conduit à l'école. Moi j'ai été à l'hôpital le lundi… Quand il sera dans une autre chambre, j'irai le voir. Il va être longtemps à l'hôpital. "C'est la faute à pas de chance" il a dit le médecin. »*

L'échange se poursuit : *« Toi qu'en penses-tu ? » « C'est pas la faute à mon père… Étienne il a pris la bouteille de coca. Papa il avait dit : "Buvez pas ça sinon vous êtes morts." Étienne il a bu un demi-verre : Il a posé la bouteille dans le salon, il est tombé par terre… Mon père il a crié. »*

Elle ajoute ensuite : *« Cela fait peur à ma mère… Des fois il ouvre pas les yeux. » « Et toi as-tu peur ? » « Je dors pas. Je fais des cauchemars… C'est comme si quelqu'un avait tué mon frère. »* Elle raconte son cauchemar puis revient à sa préoccupation : *« Je crois qu'il pourra plus rester en vie, ou alors il pourra plus manger… Le fait qu'il a bu, ma mère elle a crié… Elle a pensé que je l'avais fait boire. C'est même pas vrai… Le docteur il a dit : "C'est la faute à pas de chance." Moi, j'ai donné la bouteille d'eau, il a pas bu… Il a pris la bouteille de limonade dans la chambre… j'y peux rien. »*

L'entretien a été ensuite orienté vers la petite sœur. Mais très vite elle revient sur ce qui la préoccupe : *« Et s'il peut plus vivre comme mon Papi… comme le bébé à l'hôpital ? Je sais quoi, je vais lui dessiner un bateau pirate. Il aime bien les bateaux pirates. »*

L'entretien a permis d'entrevoir que ce drame rappelait d'autres événements douloureux dans la famille. La collègue psychologue, intervenant dans l'établissement, a pris le relais et s'est assurée qu'Aline bénéficie d'un suivi psychologique en CMP.

6. Les crises majeures

6.1. Définition générale

Pour définir une crise majeure, revenons à la grille d'évaluation initiale et à ses quatre critères : la réalité objective, la résonance affective, les facteurs de risque, la résilience. Lors d'un drame, la plupart des personnes ne prennent en compte que le deuxième critère, celui de l'impact affectif, repéré grâce aux réactions fortes des impliqués : pleurs, abattement, cris, appels au secours insistants, etc. Les professionnels doivent impérativement passer à une autre

approche, plus systématique et plus rationnelle ; autrement, ils vont se laisser emporter, eux aussi, dans le tourbillon des émotions et des décisions impulsives. Garder la tête froide, penser l'ensemble de la situation : il faut pouvoir mettre en œuvre ces qualités dès le début d'une action. Les professionnels doivent rechercher ces capacités indispensables dans leurs propres ressources personnelles et dans les compétences collectives de leur groupe.

Une crise majeure est déclenchée par un fait réellement grave qui va provoquer une résonance psychique de forte ampleur dans toute la communauté éducative. L'onde de choc se trouve amplifiée par la présence de facteurs de risque, mais son développement peut être amoindri par les effets de la résilience. La présence du Samu, des autorités, des forces de l'ordre, puis bientôt celle des journalistes marquent, de fait, l'existence d'une crise majeure véritable.

Une crise d'intensité moyenne au départ peut se transformer en crise majeure dans certaines conditions :

– des révélations faites dans la presse vont amplifier les réactions dans un contexte où l'émotion est déjà à son comble. On remarque souvent ce phénomène dans les affaires concernant la révélation ou la simple suspicion d'agressions sexuelles ;
– le délai d'intervention normal se trouve décalé (par exemple, un accident mortel survient pendant des vacances) ou au contraire raccourci (par exemple, une classe doit partir à l'étranger dans un délai court et ne pourra assister aux obsèques d'un jeune du groupe). Dans ces conditions, l'émotion croît rapidement, car nombre de personnes, prises par l'urgence, se retrouvent avec un niveau de stress proche de celui constaté lors des drames importants ;
– la répétition de plusieurs crises moyennes dans un délai court peut provoquer une crise majeure.

Dans tous les cas, une aide psychologique importante est à prévoir ; en effet, le soutien spontané n'est jamais suffisant à endiguer, lors des premières heures puis les jours suivants, la détresse et la désorganisation. Pour gérer l'ensemble des problèmes, la création d'une cellule d'accompagnement devient indispensable. La présence sur place d'une équipe pluridisciplinaire est fortement recommandée.

La fiche P20 présentera les critères à prendre en compte par les psychologues pour réaliser une évaluation correcte : comment repérer, dès les premières heures, une crise majeure. Le cas clinique suivant en est une illustration.

Voir fiche P20, p. 182

Cas clinique

Samedi matin. C'est le jour des devoirs pour les lycéens de ce grand groupe scolaire. Corinne vient de terminer le sien. Elle range ses affaires et sort. La semaine

scolaire est bouclée. Ce sont, à sa suite, des dizaines de lycéens qui dévalent les escaliers vers la sortie.

Comme à son habitude, le surveillant d'une salle de classe jette un coup d'œil furtif par la fenêtre. Il devine la silhouette de Corinne s'écroulant au milieu de la cour. Les copines de Corinne se précipitent vers elle. La directrice assiste à la scène depuis le portail d'entrée. Elle connaît très bien Corinne puisque c'est elle qui s'en est occupée lors de précédents malaises. Elle accourt. Corinne a les yeux révulsés, du sang est répandu autour d'elle, ses lèvres sont bleues. Une lycéenne lui tient la main. Vite le Samu, les pompiers ! La directrice appelle les secours puis tente un massage cardiaque. Le bruit d'un râle, plus de pouls. C'est la panique, une angoisse insupportable. Dix minutes, quinze et les secours qui n'arrivent toujours pas... une éternité.

Quelques adultes participent à ce cauchemar. L'un d'entre eux s'emploie à éloigner les élèves qui sortent. La directrice, sidérée, tête dans les mains, espère que les secours arrivent enfin. Ses jambes se dérobent. C'est le deuxième drame dans l'établissement en quelques mois. Deux décès en 2 mois. C'est trop !

Vingt minutes. Enfin les sirènes. Un bruit infernal envahit l'espace. En un temps très court, c'est une série de véhicules qui déboulent : pompiers, Samu, plusieurs voitures de police.

Les témoins n'entendent plus qu'une chose, le choc régulier des mains du médecin urgentiste sur la cage thoracique de Corinne.

Certains élèves éloignés du lieu du drame attendent agglutinés les uns contre les autres, ils ont peur. D'autres partent chez eux plein d'inquiétude. D'autres encore espèrent que ce malaise n'en soit qu'un de plus. Elle va sûrement se remettre.

Corinne est emmenée par le Samu. Quelques minutes plus tard, l'annonce fatidique tombe : elle est morte.

En quoi ce drame peut-il être considéré comme une crise majeure ? On peut, dans un premier temps, prêter attention à ce qui se passe en terme d'intensité du choc psychique. La violence du choc s'évaluerait au niveau « élevé » dans l'échelle globale des 4 R. Un examen complémentaire de la situation à l'aide des cercles de vulnérabilité conforte le diagnostic de « crise majeure ».

Cette amplitude de la crise se fonde sur la cristallisation des paramètres suivants.

– Le *lieu de la mort* (*réalité objective*). Le drame se passe à l'intérieur de l'établissement, dans la cour de récréation, en pleine vue des salles de classe qui donnent sur celle-ci. De plus, c'est l'heure de sortie des élèves. Dans la pensée des familles et des jeunes, l'établissement scolaire est l'un des derniers lieux où la mort puisse arriver. Une mort comme celle de Corinne est a priori impensable.
– La *proximité physique et affective des témoins* (*réalité objective et résonance subjective*). Corinne faisait partie du groupe des Premières et venait de terminer avec eux le devoir du samedi matin. Elle poursuivait ici sa scolarité depuis la classe de quatrième. L'investissement des adultes au regard de sa santé « fragile » avait entraîné des aménagements spécifiques.

Corinne occupait une place unique et reconnue par un nombre important de jeunes et d'adultes.

– La *proximité physique*. Elle est très forte : plusieurs élèves assistent en direct à sa mort. Les personnes présentes ont toutes évoqué par la suite l'impact de leurs perceptions visuelles, auditives, kinesthésiques. Elles ont été violentes, envahissantes, prégnantes. Ce sont des couleurs : le sang, la couleur bleutée de la peau, le blanc des yeux. Des sons très distincts restent comme imprimés dans l'oreille : le râle de Corinne, les soins de « chocage » du médecin, les sirènes des pompiers, de la police, etc. Pour les personnes témoins, les perceptions ont envahi le psychisme à la manière d'un séisme. Le système de protection psychique des témoins directs est affecté et violenté en profondeur.
– La *répétition d'événements douloureux* (*facteurs de risque*). La mort de Corinne arrive 2 mois après un autre événement violent, survenu dans ce même groupe scolaire. Il s'agissait d'une agression par un individu cagoulé qui s'était introduit dans l'établissement. Il a poignardé un élève avant de s'enfuir. Même si les jours de la victime n'ont pas été mis en danger, cet acte a profondément bouleversé l'établissement. La répétition d'événements douloureux vient réactualiser les peurs et fragiliser les défenses institutionnelles. Les réactions immédiates des adultes présents se sont traduites par des manifestations de sidération, d'impuissance à agir, à penser : *« Je n'ai pas pu agir, j'étais trop confuse. » « Je n'ai pas fait ce qu'il aurait fallu que je fasse dans mes indications d'adresse aux pompiers. » « J'étais comme pétrifiée. »* Ces expressions livrées 2 jours plus tard traduisent l'état de choc dans lequel se trouvaient ces témoins, dont l'un était encore sous l'emprise de l'événement précédent.
– Le *rapport au temps* (*réalité objective et résonance subjective*). Les personnes assistent seconde par seconde à l'irrémédiable. La situation échappe complètement à la logique habituelle. Chaque personne présente fait partie intégrante du tableau effroyable qui s'impose à elle. Le rapport au temps est de l'ordre de l'instantané. Il provoque soudainement un « arrêt sur image ». Le temps se trouve figé.

Un autre exemple est donné ci-après, lié à une suspicion d'agression sexuelle de la part d'un éducateur. Ces situations déclenchent aussi des crises majeures et touchent la communauté éducative dans son ensemble.

Cas clinique

Au début du mois, le directeur diocésain adjoint responsable des écoles primaires reçoit un appel l'avertissant qu'un enseignant d'une école vient d'être mis en examen pour faits relevant d'agression sexuelle sur mineur suite à la plainte d'une famille. Officiellement, le maître est en arrêt de travail. Quelques jours plus tard, il avoue des faits répréhensibles et est incarcéré. Une enquête complémentaire est en cours. Un membre de l'équipe de crise accompagne le directeur diocésain dans les démarches auprès du directeur de l'école concernée, pour le mettre au courant de la situation.

En accord avec les services du procureur, il est décidé de maintenir secrète l'information tant que l'enquête n'est pas terminée afin d'éviter rumeurs et mouvements de panique au sein de l'école et de la commune. L'objectif des responsables à ce stade est d'éviter la survenue d'une crise majeure qui viendrait de plus perturber l'enquête.
Deux jours plus tard, une fuite révèle l'affaire en cours. L'information fait la une des journaux locaux et paraît aux informations télévisuelles régionales. Il y a un grand mouvement de panique, d'incompréhension et de révolte au sein de la communauté éducative. La plupart des enseignants croient à une manipulation, ne pouvant imaginer que le collègue qu'ils apprécient ait pu commettre des actes délictueux à l'encontre d'enfants de sa classe. Les parents dont les enfants ont été ses élèves interrogent anxieusement leur fille ou leur garçon. Une crise majeure commence.
La gravité des faits, la peur de découvrir d'autres victimes, l'impossibilité de connaître la vérité des faits, l'enquête n'étant pas terminée, la médiatisation : tous ces éléments concourent à alimenter une déstabilisation majeure de la communauté éducative.

6.2. Positionnement professionnel

6.2.1. Un positionnement difficile

L'expérience d'intervention lors de drames majeurs comme la pratique d'activité de formation auprès de collègues nous ont appris que les psychologues se heurtent à deux difficultés essentielles dans la gestion des crises majeures.

Il leur faut tout d'abord organiser puis conduire une action de soutien importante : animer plusieurs groupes de parole, recevoir des dizaines de jeunes ou d'adultes en entretien, en essayant, à chaque fois, de les réconforter puis de les aider à trouver des modalités de résilience adaptées. La fonction de clinicien aide le psychologue à tenir ce rôle, rendu difficile par l'accumulation des plaintes et des souffrances rencontrées. Mais lors des morts multiples ou dramatiques, tout le monde souffre : les victimes, bien entendu, mais aussi les sauveteurs ; il ne peut en être autrement. Chaque professionnel est entraîné à faire face à ce type de difficulté.

La nécessité d'aider une communauté scolaire à se réorganiser, à communiquer, etc. laisse souvent les professionnels plus démunis. Ils se retrouvent à leur tour en proie à la sidération. En effet, le psychologue qui fait partie d'une équipe d'intervention de crise doit tenir un rôle inhabituel pour lui, une fonction de conseiller technique auprès des dirigeants. En formation, cet aspect de l'intervention soulève le plus souvent des résistances, principalement chez les débutants ; de leur côté, les collègues qui ont déjà connu des situations difficiles comprennent bien la nécessité de cette aide organisationnelle auprès des directeurs et de la cellule d'accompagnement. Lorsque règne le chaos, il faut en priorité remettre de l'ordre. L'état de désorganisation est très déstabilisant pour les groupes comme

pour les personnes ; il précipite chacun, au moins momentanément, dans un univers psychotique ou prépsychotique. Rien n'a plus de sens. Sa formation de clinicien peut faire comprendre au psychologue qu'il doit, dans ces circonstances, intervenir rapidement au niveau organisationnel. Sinon, l'impact du choc va être terriblement amplifié et l'ébranlement deviendra plus difficile à étayer par la suite.

Ainsi, deux rôles sont à tenir pour les intervenants de crise : clinicien et conseiller technique. Mais personne ne peut réaliser ce cumul en permanence sur une période longue. Il faut apprendre à distinguer des étapes, à les définir clairement avec les partenaires et auprès des dirigeants. Une bonne méthode consiste également à différencier les fonctions au sein de l'équipe des psychologues : l'un peut se focaliser sur l'organisationnel pendant que les autres se consacrent exclusivement au soin. En jouant avec les mots, on pourrait dire que le psychologue doit panser et penser, « panser » renvoyant à la fonction clinique et « penser » à la fonction de conseil technique (voir aussi tableau 2.2). C'est une simplification, mais elle reflète assez bien le vécu des crises majeures. Pouvoir formaliser cette réalité permet de mieux se protéger et de comprendre certains enjeux. Les professionnels des équipes médicales françaises, comme leurs collègues étrangers, qui interviennent lors des catastrophes majeures ou des crises importantes ont tous noté, sous des appellations diverses, cette double fonction que doivent pouvoir tenir les « sauveteurs », quel que soit leur métier d'origine. C. Navarre (2007) souligne cette fonction associée au soin :

> la mission du psychiatre en mode « humanitaire » s'apparente à une fonction de « conseiller technique ». Le décideur peut demander son avis au psychiatre, lorsque plusieurs hypothèses se présentent. Cela ne fait pas partie de ses compétences professionnelles habituelles, mais là encore, il s'agit d'une spécificité de la psychiatrie humanitaire…

Le tableau 2.2 rappelle, pour chacune des étapes, la place de chaque fonction et précise les tâches qui y sont associées. Dans la première colonne, le repérage temporel est approximatif et se veut juste indicatif ; T + 2 h signifiant, par exemple, 2 heures après le drame. Sept moments ont été identifiés. Dans la deuxième colonne ont été portées les priorités de chacune des étapes et, dans la troisième, les tâches essentielles à réaliser. Les quatrième et cinquième colonnes donnent le poids relatif de chacune des fonctions de clinicien ou de conseiller. L'importance se trouve matérialisée par des croix plus ou moins nombreuses.

6.2.2. Un investissement massif, une protection nécessaire

Nous avons déjà présenté rapidement la modalité M5 (p. 170), qui correspond à la mise en place d'un dispositif important d'assistance. Une crise majeure va mobiliser une équipe de psychologues pendant plusieurs jours. Il faut donc qu'ils s'organisent en conséquence. Le tableau 2.2 présente les

TABLEAU 2.2. POSITIONNEMENT DES PSYCHOLOGUES EN CAS DE CRISE MAJEURE ET PRIORITÉS EN FONCTION DES ÉTAPES

Étape-temps	Priorités	Tâches essentielles	Rôle de clinicien	Rôle de conseiller
1re étape Intervention immédiate T + 1 h	*Panser* La sécurité des personnes	Coordonner avec les urgentistes Donner des soins immédiats	+++	+
2e étape Intervention immédiate T + 2 h	*Penser* Le dispositif global	Cellule d'accompagnement Repérer les différents niveaux d'aide Dispositif d'assistance (interne et externe si besoin)	++	++
3e étape Intervention immédiate T + 3 h	*Penser* La communication globale	Aider à la préparation de la communication : Interne : professeurs, élèves, parents Externe : institutionnels, médias	+	+++
4e étape Préparation entre psychologues T + 6 h	*Penser* Suite de l'action	Organisation des temps de présence des psychologues sur place Organisation de la collaboration avec d'autres équipes, avec les autres intervenants	++	++
5e étape Intervention immédiate T + 24 h	*Panser* Accueil des élèves en classe et leur soutien	Groupes de parole pour élèves, adultes, direction, etc. Coordination avec tous les intervenants	+++	+

Étape-temps	Priorités	Tâches essentielles	Rôle de clinicien	Rôle de conseiller
6e étape Intervention post-immédiate T + 72 h	*Panser* Soutien des adultes et des jeunes encore en difficulté	Groupes de parole pour élèves, adultes, direction, etc. Coordination avec tous les intervenants	+++	+
7e étape Intervention post-immédiate T + 96 h	*Penser* Fin du dispositif ? Évaluation et partage	Poursuite de l'aide psychologique à organiser sur place ? Quel autre suivi prévoir et sur quels niveaux (pédagogique, institutionnel, religieux ?) Fin de la cellule d'accompagnement ? Échanges entre intervenants	++	++

étapes essentielles ; nous n'allons pas les détailler à nouveau, mais simplement en préciser les points importants sans reprendre systématiquement toutes les étapes.

– De la *première à la troisième étape*, tout est difficile car « tout est urgent » et il faut se situer sur plusieurs registres à la fois. Lors des drames majeurs, une aide immédiate est indispensable, souvent dans l'urgence, avec peu de personnel spécialisé à disposition. L'entraînement préalable, l'expérience et surtout l'habitude de travailler en équipe sont des atouts indispensables. Dans le tableau 2.2, l'intervention réalisée dans les trois premières heures correspond aux trois premières étapes.
– La *quatrième étape* (préparation entre psychologues) permet de se poser et d'envisager en équipe l'organisation des journées à venir. La suite de l'aide immédiate, qui est habituellement la plus lourde à gérer, va se dérouler le lendemain. Elle correspond au retour de l'ensemble des élèves dans l'établissement scolaire. La préparation doit être réalisée soigneusement, car le nombre des élèves à recevoir risque d'être important ; il faut donc s'organiser en conséquence. Dans les crises majeures, une préparation rigoureuse permet de diminuer l'inquiétude des intervenants : ils connaissent les tâches à accomplir et peuvent s'y préparer mentalement.
– Lors de la *cinquième étape*, la désignation d'un des psychologues comme coordinateur est essentielle. Celui-ci devra rester en arrière, ne pas avoir de groupes en charge continuellement. Son rôle est double : assurer la liaison avec tous les partenaires (intervenants extérieurs, cellule d'accompagnement, etc.) et pouvoir se rendre disponible pour les imprévus qui surviendront nécessairement (une personne qui s'effondre à prendre en charge sur le champ, l'organisation globale qu'il convient de modifier en fonction de nouveaux besoins). Son rôle consiste également à protéger ses collègues, en évitant qu'on les dérange pendant l'animation des groupes ou des entretiens. Lui, il doit garder son téléphone portable ouvert afin d'assurer le lien indispensable avec l'extérieur. Il peut enfin participer aux conférences de presse si le responsable de la cellule d'accompagnement le juge nécessaire. Nous présenterons plus loin un modèle d'organisation pour l'accueil des élèves et la prise en charge psychologique des personnes les plus touchées (fiche P 23, p. 187).
– En ce qui concerne la *sixième étape*, une intervention post-immédiate est également nécessaire lors de la mise en place d'un dispositif important d'assistance. Les modalités de mise en œuvre (nombre de professionnels nécessaire, mode d'organisation, etc.) correspondent le plus souvent à celles mises en place lors d'une crise d'intensité moyenne. Cependant, si l'aide immédiate n'a pu être massive, il faut très souvent prévoir un soutien post-immédiat important et, dans ce cas, il est prudent de prévoir un coordinateur, comme exposé au paragraphe précédent.
– La *septième étape* correspond à l'arrêt du dispositif d'assistance qui comporte deux moments « obligatoires » : l'arrêt officiel de la cellule

d'accompagnement puis le temps du partage et de l'échange entre intervenants.

Un investissement personnel important est demandé aux psychologues en cas de crise majeure, Vivre pendant 2 à 3 jours dans une atmosphère pesante, dans un cadre désorganisé, voir continuellement des visages empreints de tristesse, entendre nombre de personnes évoquer souffrance et désarroi, tout cela constitue une épreuve. Certes, la formation spécialisée aide à supporter ces réalités, mais elles ne peuvent que résonner dans l'univers psychique intime des psychologues. Comme tout un chacun, ils ont à vivre des difficultés personnelles, des ruptures, des deuils. Ils peuvent craquer, s'effondrer lorsqu'ils se trouvent confrontés aux morts brutales et « injustes », ou bien lorsque l'horreur des maltraitances infligées aux enfants devient trop envahissante, ou bien encore lorsque le cumul de tous les malheurs entendus devient trop pesant. Ils peuvent, comme d'autres personnes, « tenir » sur le moment, voire être d'un grand secours pour les élèves et les adultes rencontrés. Quelques semaines plus tard, le poids des émotions contenues peut venir perturber leur santé mentale ou physique. Pour compenser le fardeau psychique constitué par le cumul des désarrois et souffrances entendues, il faut pouvoir mobiliser ses propres ressources personnelles, renforcées bien sûr par les acquis de la formation et l'expérience professionnelle. On ne peut supporter ces interventions de crise majeures sans un investissement personnel important, en mettant de côté momentanément les activités ordinaires et les pensées ou émotions habituelles. Cependant, un tel investissement n'est pas sans risque. Se concentrer uniquement sur la souffrance des autres peut devenir dangereux psychiquement. L'écoute de son propre désarroi intérieur, le repérage de sa souffrance ou la montée de l'épuisement sont d'égale importance. Veiller à se protéger est une nécessité. Pour des professionnels, cette centration doit constituer une règle de sécurité.

La règle du volontariat trouve ici sa justification essentielle, mais cette première protection n'est pas suffisante. Les volontaires doivent aussi apprendre à veiller sur eux, à sentir le moment où ils ont besoin de souffler, à oser demander quelques heures de repos, même au cours d'une intervention. Mieux vaut cependant anticiper la fatigue, car on met les autres collègues en difficulté. Ainsi, en dehors d'une crise, un psychologue doit pouvoir annoncer à ses collègues qu'il ne faut pas compter sur lui pendant un mois ou deux car, par exemple, il vient de perdre un proche.

Pendant une crise majeure, il faut faire une pause au moins une fois par demi-journée pour évacuer le trop-plein, se défouler, se détendre, pour pouvoir respirer normalement, pourrait-on dire. Autrement, on ne tient pas, on se met en danger et on affaiblit de fait l'équipe des intervenants.

La cohésion et la confiance entre psychologues de l'équipe de crise constituent le meilleur des soutiens : on peut dire ce que l'on pense ou ressent en étant sûr d'être entendu, en étant certain de n'être pas jugé.

Réciproquement, on peut dire à un confrère qu'on le sent fortement ému ou fatigué et partager avec lui cette réalité. Le contenant groupal vient ainsi soutenir et étayer les psychismes individuels malmenés par toutes les écoutes difficiles qu'il faut assurer en continu.

Qu'une salle soit mise à la disposition des soignants et d'eux seuls lors des crises majeures fait partie des mesures de protection. Ils peuvent s'y reposer, ne plus avoir à répondre à une nouvelle sollicitation. Ils peuvent boire de l'eau ou une boisson chaude et grignoter quelque chose. Lors des drames, mieux vaut être en bonne santé, car les temps des repas et surtout de sommeil vont être raccourcis.

Une règle de sécurité et de protection prévaut dans toutes les équipes d'intervention quel que soit le pays concerné : si un soignant présente des signes manifestes de burn-out, d'incapacité psychique de tenir un rôle d'aide, il faut lui demander de partir, voire l'évacuer si nécessaire. Lors des drames très importants qui nécessitent le maintien d'un dispositif prolongé d'assistance, il faut prévoir une relève des équipes de soutien toutes les semaines afin d'éviter ces phénomènes d'épuisement chez les « sauveteurs ».

L'expérience acquise par les uns et les autres nous fait écrire ces lignes. Les interventions d'assistance lors des drames majeurs sont rudes et difficiles, sur le moment et pendant le temps de récupération. Pour faire face à ses situations, une bonne connaissance technique est nécessaire ; elle n'est pas suffisante, cependant. Il faut donc savoir se protéger afin de pouvoir tenir sans se mettre en danger. Commencer ce type d'activité avec des collègues chevronnés constitue une première précaution ; consulter par téléphone des collègues spécialisés, une seconde. Cette possibilité, prévue dans notre association professionnelle et effective depuis plusieurs années, participe à la protection des personnes et à l'efficacité des prestations.

6.2.3. Présence d'indésirables

Lors des formations initiales, on nous avait mis en garde, notamment le Dr Orio, médecin spécialiste au CHU de Nantes, contre la présence habituelle de malades mentaux sur le site des drames. Effectivement, dans toutes les situations graves que nous avons connues, ce phénomène s'est produit. Certains individus, perturbés par les informations données par les médias et les images véhiculées par les télévisions, viennent rôder près du lieu du drame sans que l'on sache très bien comment cet événement participe à leur délire.

Ainsi, le lendemain de la chute d'une grue, accident qui avait entraîné la mort d'une élève, près de l'entrée de l'établissement scolaire, errait une personne. Nous avions été alertés par des parents d'élèves. Un infirmier psychiatrique, venu prêter main-forte pour le soutien auprès des élèves, est allé parler à cette personne. Quelle n'a pas été sa surprise de découvrir un visage connu : c'était un patient qui faisait des séjours réguliers à l'hôpital psychiatrique où lui-même travaillait habituellement. Vu l'ampleur du délire où était retombé cette personne, le soignant a demandé une réhospitalisation immédiate et fait venir une ambulance.

Quelques mois auparavant, lors d'un autre drame majeur, une personne se faisant passer pour un parent d'élève a réussi à pénétrer dans l'école afin de demander un entretien auprès d'un médecin ou d'un psychologue. Le psychologue coordinateur, averti, voulait demander à l'intrus de quitter les lieux. Un médecin, habitué à ce type de situation, nous a conseillé de lui envoyer cette personne, qui risquait de devenir violente et d'alerter la presse sur notre refus de l'écouter. Il nous faudrait alors un temps considérable pour démentir et fournir des explications auprès de la vingtaine de journalistes présents. Lui consacrer une trentaine de minutes pour l'écouter s'est révélé la solution plus économe en temps, et donc une bonne décision.

Parfois, comme après l'explosion qui a détruit l'usine AZF à Toulouse et les bâtiments des alentours dont des écoles, ce type d'incident peut prendre un tour plus dramatique. Un individu se présentait comme psychiatre auprès des personnes choquées et se proposait de les recevoir. La supercherie n'a pas été découverte immédiatement ; ce n'était pas un escroc mais un malade mental qui a été reconnu par un psychiatre qui le soignait et qui participait aux secours.

Lors des drames liés aux agressions sexuelles il faut se montrer vigilant sur ce point car, dans ces occasions, on peut avoir affaire à des personnes réellement dangereuses.

Ainsi, les crises majeures, par l'émotion qu'elles suscitent sur le voisinage plus ou moins immédiat des écoles, peuvent attirer des personnes psychiquement perturbées. C'est même fréquent. Mieux vaut le savoir et s'y préparer. Dans les établissements scolaires, il arrive aussi que des adultes de la communauté éducative, pris dans le besoin d'agir, ne restent pas à la place qui est la leur et ajoutent de la confusion à la situation. Le rôle du chef d'établissement ou du psychologue est alors de les rediriger calmement vers leur fonction. L'observation clinique ci-après illustre cette réalité assez fréquente.

> Carole, 17 ans, est morte très rapidement en moins de 24 heures d'une leucémie foudroyante. Le chef d'établissement l'apprend le soir. Le lendemain, avant les cours, il l'annonce aux adultes. Ceux-ci sont sous le choc.
>
> Il a décidé de passer dans chaque classe du lycée pour informer les élèves et a demandé à être accompagné par le psychologue. C'est ainsi que le tour des classes débute.
>
> Première classe : le chef d'établissement, suivi du psychologue, entre dans la classe où Carole était inscrite. Entrent également dans un mouvement spontané, quatre autres enseignants, le conseiller principal d'éducation (CPE) et la secrétaire de l'accueil. Huit adultes se retrouvent donc dans la classe dont six non prévus. Deux d'entre eux sanglotent.
>
> Le scénario se répétera dans chacune des classes. Dans le climat émotionnel intense à ce moment-là, le cadre n'a pu être tenu.

Cette observation révèle :
– une confusion générale : la secrétaire d'accueil n'est pas à son poste ;
– que le CPE n'assume plus son rôle à un moment crucial de la journée (arrivée des élèves, retard de certains, sécurité) ;
– que des enseignants n'ont pas non plus regagné leur classe. Leurs élèves sont seuls.

L'ensemble des adultes s'est laissé prendre dans un mouvement émotionnel de fusion. On peut s'interroger sur les causes d'un tel mouvement. Tout d'abord, les adultes non prévus ne pouvaient se dégager du désir de proximité. Un double mouvement peut surgir : le premier est celui conscient d'être proche des élèves, de partager la douleur ; le second, quant à lui, touche des zones moins avouables, peut-être celle de voir, d'assister, de se nourrir en direct des scènes d'un niveau extrême d'intensité émotionnelle. La peur de se retrouver seul face à des montées d'angoisse peut aussi engendrer ce type de comportement.

Cette situation met en évidence combien « tenir le cadre » est capital. En cas de non-respect du cadre décidé au préalable, c'est au psychologue d'écarter immédiatement les « intrus ».

6.3. Agressions sexuelles impliquant un éducateur

Nous avons demandé à Laurence Alberteau[3] de nous faire part de son expérience et de ses recommandations concernant l'accompagnement des équipes (enseignants et autres acteurs éducatifs) lorsqu'un éducateur est soupçonné de violences sexuelles à l'encontre d'un mineur. De tels soupçons déclenchent toujours une crise grave au sein de la communauté éducative. L. Alberteau ne reprend pas le détail du plan d'intervention proposé précédemment, car il s'applique globalement à la gestion de crise liée au dévoilement d'une maltraitance. Cependant, elle précise les relations et articulations avec la justice en cas de dévoilement mettant en cause un membre de la communauté éducative.

6.3.1. Définition du dévoilement

> Le dévoilement, c'est la révélation brute, par une victime ou un témoin, de faits susceptibles de justifier l'intervention judiciaire. Un dévoilement peut se faire dans l'intimité d'un cabinet de thérapie ou dans l'enceinte d'une école, ou au détour d'une conversation familiale, ou encore lors de confidences entre amis. […] Le dévoilement provoque, dans tous les cas, un bouleversement homéostatique de l'équilibre précédent, le plus pathologique soit-il. La parole de scandale émerge, les réflexes doivent changer. Irrémédiablement,

3. Laurence Alberteau est psychologue à la direction diocésaine de l'Enseignement catholique de Loire-Atlantique et spécialisée dans l'accompagnement des établissements scolaires pour les dossiers relevant de la protection des mineurs. Elle exerce, dans ce domaine, la fonction de conseillère technique. Elle fait également partie de l'équipe qui intervient lors des crises graves dans les établissements scolaires soit à la suite d'un décès, soit à la suite d'un dévoilement d'un fait d'agressions sexuelles.

> nous sommes tous projetés avec la victime dans un univers où la logique de pensée change radicalement. À ce moment précis, chacun d'entre nous, psychologue, travailleur social, ami de la famille et/ou parent protecteur, devons prendre en compte mentalement les deux sphères d'interventions : protection des victimes, sanctions des agresseurs, quels qu'ils soient. (Nisse et Sabourin, 2004)

6.3.2. Relation pédagogique et dévoilement

L'écoute de jeunes victimes nous interroge sur notre capacité de reconnaître le courage de ces enfants à parler de faits qui amènent souvent chez l'écoutant du doute, de l'inconfort. C'est la ténacité de ces enfants face à notre résistance à nous, les « éducateurs », à entendre leur dévoilement qui amène à comprendre leur vulnérabilité et la nécessité d'une superposition des approches juridique, sociale et thérapeutique pour les accompagner dès leur première révélation. Concernant les agressions sexuelles à l'encontre d'un enfant, elles sont majoritairement commises par un membre de la famille ou une relation proche des parents ou par une personne ayant autorité sur l'enfant. Les agresseurs sexuels membres de la communauté éducative pervertissent cette relation d'autorité et le fondement même des conditions nécessaires aux apprentissages.

Les enseignants construisent leur pédagogie en référence à la relation de confiance, confiance qui amène les parents à leur déléguer un rôle éducatif auprès de leurs enfants, et qui conduit les enfants à reconnaître leur maître comme un repère fixe et sûr, un exemple. La relation pédagogique, pour qu'elle fonctionne, doit passer par cette composante affective de confiance dans la relation entre l'enseignant, l'élève et ses parents. Cette composante affective est à manier dans le respect de chacun, dans la dimension « sacrée » du respect de l'enfant. Cette condition s'exerce sous l'autorité d'un chef d'établissement garant des actes éducatifs posés dans l'établissement dont il a la responsabilité.

L'effet d'annonce d'un dévoilement mettant en cause un enseignant, une enseignante, un professionnel de l'école pour des présomptions d'agressions sexuelles sur mineurs crée une crise grave. Le dévoilement dans ces situations implique que la relation normale a été pervertie. Les fondements mêmes du principe d'éducation et d'enseignement sont percutés par cette transgression.

Face à ces ressentis, l'intervention des psychologues est sollicitée. L'approche systémique représente un modèle de référence possible pour l'intervention en urgence dans ces établissements. Elle permet de mieux appréhender l'homéostasie qui est mise à mal et de prévenir le risque du renforcement du fonctionnement en vase clos.

6.3.3. Rôle des psychologues dans la gestion du dévoilement

L'écoute est un des fondements de l'accompagnement de ces établissements en crise, mais les dimensions liées au judiciaire et à la communication sont également à prendre en compte. En effet, devant l'inimaginable, les

personnes traumatisées demandent de l'écoute, mais surtout des clés de compréhension pour pouvoir se remettre en pensée et contrer l'effet hypnotique qu'exercent les personnalités perverses. Ce même besoin se retrouve chez tous les élèves, les parents, les collègues.

La gestion de cette crise va articuler trois approches de manière simultanée.

– La première approche est le recours à la loi ; l'approche judiciaire va conditionner rapidement la communication et la transmission d'information. Elle est également un vaccin contre les mécanismes de déni et de clivage qui se manifestent comme défense et qui ne doivent pas s'installer durablement comme fonctionnement normal.
– La deuxième approche est l'accompagnement social des victimes. Si l'institution a connaissance d'une fragilité dans la famille de la victime liée au dévoilement, celle-ci doit informer les services de la protection de l'enfance du Conseil général. Un travailleur social sera alors chargé d'accompagner l'enfant et sa famille.
– La dernière approche est l'accompagnement psychologique de l'établissement scolaire et de tous les membres de la communauté éducative. Le traumatisme et ses effets se répandent rapidement ; un diagnostic rapide est nécessaire pour évaluer l'impact de ce dévoilement. Il est très important de ne pas sous-estimer ces effets, leur complexité et leur durée dans le temps.

Grâce à l'articulation de ces trois registres sous-tendus par un travail en réseau, il sera possible de gérer la crise en respectant également les principes généraux décrits précédemment.

6.3.4. Le judiciaire comme levier pour l'intervention psychologique

Au moment du dévoilement, la première démarche est de se donner un cadre à penser, un cadre ancré sur le judiciaire. L'objectif est de respecter les dispositions légales.

Voir fiche P21, p. 190

Tout au long de cet échange, il faut partir des propos de l'enfant et de son mode « associatif », et surtout ne pas plaquer nos propres projections constituées de nos représentations et de nos ressentis personnels. L'approche la plus empathique est à développer pour accueillir, sans les déformer, les propos et les gestes de l'enfant.

La démarche à suivre est alors de transmettre directement au parquet auprès du substitut du procureur. Dans le cadre de propos rapportés, obligation est faite de s'assurer qu'un dépôt de plainte a été mis en œuvre par la personne qui a la connaissance des faits d'agressions sexuelles ; sinon, l'école se voit dans l'obligation d'alerter le parquet.

Le *parquet des mineurs* représenté par le substitut du procureur est le premier interlocuteur. À partir des éléments transmis dans le signalement par l'institution scolaire, le parquet mandate la gendarmerie ou le

commissariat pour des investigations supplémentaires. Des enseignants, le chef d'établissement, des élèves, des professionnels ayant été dans le réseau de relation de l'agresseur vont pouvoir être auditionnés. Des visites dans l'établissement, des saisies peuvent avoir lieu. En fonction des récits des victimes, des éléments de cette enquête préliminaire, la personne mise en cause fera l'objet d'une audition, d'une garde à vue. À la suite de celle-ci, en fonction de l'investigation, le parquet prendra la décision de classer sans suite ou passera à l'instruction. En cas de classement sans suite, celui-ci doit être motivé.

En cas d'*instruction*, un lien devra s'établir entre un institutionnel officiel et le procureur pour connaître la procédure en matière de communication au sein de l'établissement et vis-à-vis des médias, afin de ne pas contrevenir au secret de l'instruction. Les personnes auditionnées au cours de l'instruction devront respecter le secret de l'instruction et auront donc un devoir de réserve. Le procureur n'est pas obligé de tenir informée l'institution de ses investigations. L'annonce peut donc être très décalée par rapport au premier signalement, au dépôt de plainte, à l'information d'une enquête préliminaire ou à une mise en examen. En cas d'instruction, la présomption d'innocence court jusqu'au moment du procès. Il y a donc une vigilance à avoir sur les propos tenus, tout en ayant une attitude soutenante pour la parole des victimes. À la suite de ou pendant l'instruction, le mis en examen peut être placé en détention provisoire. Le procureur, la gendarmerie ou le commissariat peuvent indiquer les conduites à tenir auprès de la communauté éducative pour les contacts avec la personne mise en examen.

La question des *mesures de suspension* se pose dès l'information d'une présomption concernant un ou une enseignante. Il s'agit de mesures conservatoires protégeant les élèves. Sur le plan de la gestion administrative, elles se prennent avec les autorités académiques. Elles sont de deux ordres : provisoires et/ou définitives. Elles n'interviennent pas au même moment dans la procédure pénale.

La dernière étape est celle du *procès*. Chacun se retrouve après parfois une ou deux années d'instruction. Pendant l'attente du jugement, la situation de crise est au mieux suspendue. En apparence, il n'y a aucun élément nouveau, mais les effets de la crise subsistent, chez les enseignants comme chez les élèves, soit sous la forme du déni (contestation de la réalité des faits), soit sous la forme du clivage (surinvestissement du pédagogique, mise à distance affective).

Le procès concerne alors des présomptions qualifiées comme « agressions sexuelles avec menaces, violences contraintes et surprise sur mineurs de moins de 15 ans par personne ayant autorité ». Ces faits peuvent être jugés, en fonction de leur gravité, soit en correctionnelle soit en cours d'assises.

La constitution de *partie civile* a pour objectif de faire reconnaître le préjudice subi. La décision de sa mise en œuvre doit se prendre en lien avec l'avocat représentant l'institution. Cette constitution de partie civile autorise à une présence dans la salle d'audience même en cas de huis clos. Elle

donne également accès au dossier et permet au psychologue ainsi qu'au représentant de l'institution d'avoir une première lecture et de se remettre, avant le procès, des effets de stupeur qu'engendre toujours la lecture d'un dossier de présomption d'agressions sexuelles. Le jour du procès, ayant déjà pris connaissance de la nature de la transgression, le psychologue peut se tenir dans une réelle disponibilité aux victimes. Par ailleurs, il pourra ensuite reprendre certains éléments du dossier dans l'accompagnement psychologique de l'école afin d'aider les personnes à sortir des effets de contamination.

La mise en œuvre de la procédure pénale induit des questionnements et modifie les représentations. La transgression d'un interdit fondamental oblige chacun des intervenants à reprendre des repères clairs et structurants pour les enfants. Dans les établissements scolaires concernés, non seulement la loi pénale a été transgressée, mais aussi la loi symbolique de l'interdit de l'inceste.

L'annonce – soit officielle par l'institution, soit par la rumeur, soit par la voie des médias – d'une présomption de pédophilie concernant un éducateur de l'institution scolaire déstabilise le fonctionnement de tout groupe, provoquant une crise majeure. Les effets de l'annonce, qu'elle soit officielle ou fortuite, se font sentir pendant l'enquête préliminaire sur les victimes comme sur les personnes de la communauté éducative pourtant non directement concernées. Sur le terrain, ces temps d'enquête sont des moments de suspension du temps, pour les victimes et les personnes auditionnées. Cette suspension est provoquée par la confidentialité qui doit être maintenue, voire par l'interdiction officielle d'en parler.

6.3.5. Accompagnement social des victimes

Les droits et les intérêts des victimes doivent être mis en œuvre en associant les partenaires de la protection de l'enfance, de l'aide aux victimes, des associations, des avocats, des assistantes sociales, des thérapeutes, etc. L'orientation des familles des victimes vers ces partenaires est un relais nécessaire ouvrant sur l'extérieur et clarifiant les champs de compétences.

Ce travail en réseau associant des partenaires extérieurs rompt le fonctionnement en vase clos des transactions fondées sur l'emprise, le double lien et la confusion des rôles. Ces types de relation malsaine sont toujours présents là où un agresseur pédophile a travaillé, parfois pendant des années.

Ce réflexe du travail en partenariat va se retrouver à tous les moments de la démarche soit de manière réelle par la présence de partenaires lors d'interventions (association de parents d'élèves, maire, médecin scolaire, etc.), soit de manière indirecte en les nommant et en indiquant les places de chacun. Cette ouverture sur l'extérieur, la mobilisation de compétences diverses, la prise en compte du cadre légal et de ses limites sont des garanties pour les victimes.

L'impact de cette conception de l'intervention en partenariat va aider à différencier les états émotionnels groupaux, à rétablir la pensée des mem-

bres du groupe et à répartir la charge émotionnelle. En effet, la confusion est souvent présente ; le psychologue intervenant en situation de crise devient destinataire de toutes les demandes. Il va devoir aider à sortir de cette confusion et la réorienter. Le travail en partenariat va lui éviter d'être contaminé par l'inconscient collectif du lieu.

6.3.6. Aide psychologique

L'aide psychologique, sous la forme des différentes modalités de l'accompagnement en temps de crise, va servir à construire plusieurs « conduites » protectrices. Toute cette aide vise à sécuriser l'école, à repérer les effets traumatiques, à évaluer les risques de contamination psychique afin de les contrer. Il s'agira également d'aider les membres de la communauté éducative à retrouver une éthique du champ éducatif. À la fin du dispositif d'assistance, un accompagnement devra impérativement être poursuivi.

6.3.6.1. Une conduite institutionnelle de communication dans le respect du devoir de réserve

Confronté à l'annonce d'une présomption d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de l'établissement par un collègue, chaque professionnel est envahi par ses émotions, elles-mêmes nourries de ses propres représentations et convictions personnelles. Des temps d'échanges individuels ou collectifs animés par des psychologues seront proposés dans le cadre du dispositif d'assistance immédiat ou post-immédiat. Ils aideront à l'apaisement émotionnel et à la compréhension des enjeux individuels et institutionnels. Les professionnels de l'établissement devront adopter une posture de réserve et communiquer en direction des élèves ou des parents en cohérence avec l'institution. Un soutien régulier peut être nécessaire pour les enseignants et les professionnels de l'école ; la participation à plusieurs réunions d'information, animées par des responsables administratifs, peut également être indispensable pour mieux situer les positions institutionnelle et judiciaire.

La communication doit être pilotée par les responsables institutionnels en lien avec la cellule d'accompagnement. La communication interne doit être réalisée avec soin, en pesant les mots à l'intention de l'ensemble des professionnels et bénévoles de l'établissement scolaire et en direction des familles. Une information doit être prévue pour les élèves en l'adaptant dans le contenu comme dans la forme à l'âge des élèves.

Voir fiche D10, p. 206

6.3.6.2. Une conduite protectrice d'accompagnement des victimes et de l'équipe pédagogique

Après l'arrêt du dispositif d'assistance, un accompagnement à long terme est toujours à prévoir ; l'expérience est nette en ce domaine. L'aide pédagogique, dont bénéficient habituellement les établissements scolaires, devra être accompagnée d'un soutien psychologique. Un travail pédagogique et

psychologique mené conjointement par deux représentants de chacune de ces spécialités aura pour objectif de suivre l'équipe sur son attitude et sur les réponses à apporter au questionnement des enfants et des parents.

L'aide aux victimes directes est normalement réalisée à l'extérieur de l'établissement scolaire par des thérapeutes spécialisés. Néanmoins, des relais peuvent être assurés par les psychologues intervenant sur place.

Voir fiche P22, p. 185

6.3.6.3. Accompagnement des personnes confrontées à la rumeur ou au dévoilement mettant en cause un personnel de l'école

L'équipe confrontée à l'annonce d'un dévoilement doit travailler sur sa posture professionnelle. Chaque membre de l'équipe se réinterrogera sur son rapport à la loi, devra se questionner sur ses gestes professionnels et écouter les interrogations des élèves ainsi que des parents.

– Le *rapport à la loi* se pose dans le respect des droits des personnes. Cela confronte parfois le ressenti intime et la procédure légale arrêtée. Ce thème du rapport à la loi devra être véhiculé au quotidien dans la mise en œuvre d'un règlement à l'école qui pense ce lien. L'exemplarité à travers les discours tenus par les personnels sur ce rapport à la loi réelle ou symbolique devra parfois être réinterrogée.
– Les *gestes professionnels* concernent l'accompagnement des élèves aux toilettes, l'habillement, la sieste des petits, les parades en gymnastique pour les plus grands, la conduite des élèves en voiture, les cours particuliers individuels. Les enseignants devront continuer à témoigner leur profond respect de l'élève dans ce qu'il a d'unique et garder la responsabilité de la construction éducative. L'écoute de soi dans la relation à l'élève est à maintenir et à partager en équipe autour des limites ressenties dans l'approche de certains enfants. La clarté des attitudes éducatives respectueuses s'appuie sur des repères éducatifs fondamentaux : la différence des générations, l'évitement du conflit de loyauté, le refus de la dévalorisation, la différenciation des espaces public, privé et intime. Ces attitudes seront des garants du projet éducatif de l'école au regard des parents. Ces dimensions devront être véhiculées au quotidien dans la relation aux enfants mais aussi entre adultes.
– Dans la relation au quotidien avec les enfants et dans l'*écoute de leur questionnement*, il est important de ne pas se précipiter sur la réponse, mais de bien faire préciser à l'enfant la nature de son interrogation. La réponse pourra alors se caler sur le niveau de représentation de l'enfant. Pour les enfants ayant accès à la dimension symbolique, on pourra répondre sur le registre du général et non du particulier. Pour les plus petits qui raisonnent à partir du particulier, il est important d'éclairer leur questionnement en repérant pour soi dans un premier temps quelle valeur, quel thème ils viennent interroger. Ensuite, la réponse devra partir d'un exemple de situation normale donné par l'enseignant pour présenter la

valeur qui s'y rattache. Pour les plus grands, on les amènera à trouver par eux-mêmes un exemple en lien avec la valeur qu'ils interrogent. Cela permet de respecter l'univers psychique de l'enfant et son stade de développement affectif en évitant l'effraction.

– En ce qui concerne les parents, l'écoute semi-directive sera centrée sur le pédagogique. En cas d'envahissement de ressentis ou de questions institutionnelles, il convient de renvoyer vers le partenaire plus spécialisé : pour l'institutionnel, le chef d'établissement ; pour les effets psychologiques, le psychologue. Plus les adultes apprivoisent leur interrogation, y mettent du sens et le partagent uniquement entre adultes, plus les enfants retrouvent rapidement des préoccupations en lien avec leur âge et leur monde intérieur.

6.3.7. Éviter la répétition, prévenir

Nous voulons insister pour terminer sur la prévention que veulent organiser enseignants et parents afin de protéger les enfants et adolescents du risque pédophile.

L'effroi, créé par ces situations, projette les adultes dans une demande forte d'action de prévention à destination des élèves. Cette demande est le reflet de la culpabilité des adultes qui n'ont rien vu, de l'insupportable qu'ils veulent vite réparer. Par respect vis-à-vis des enfants et notamment des victimes, un temps d'élaboration du traumatisme subi doit être respecté. Le risque d'une action de prévention trop rapide serait d'empêcher ce travail de libération des affects et de les recouvrir. L'autre risque est de délivrer un message de prévention qui ne sera reçu que partiellement par les enfants, leur mode de représentation et de compréhension restant limité au contexte traumatique vécu.

La première prévention est de rétablir un lieu éducatif non toxique, soucieux de considérer les élèves comme des sujets capables de dire non, les adultes les respectant et protégeant leur intégrité.

Enfin, nous voulons insister sur la gravité des effets qu'engendrent des actes relevant de la maltraitance sexuelle sur élèves mineurs, que ce soit auprès des victimes et de leurs familles – ce point a juste été esquissé car ce n'était pas le sujet de ce chapitre – ou auprès des membres de la communauté éducative. Un dispositif d'assistance important, géré par une équipe pluridisciplinaire, est indispensable car le dévoilement entraîne toujours le développement d'une crise majeure qu'il faut contenir dans le respect des personnes et des procédures légales. Les effets sur la cohésion de la communauté éducative sont souvent redoutables. Un accompagnement à long terme est nécessaire afin d'aider les adultes à retrouver si possible confiance et rigueur.

Parfois, des jeunes font de fausses allégations à l'encontre des adultes (parents, enseignants, etc.) ; il convient donc, en toutes circonstances, de rester prudent et vigilant, et d'appliquer des procédures strictes qui préservent les droits de tous les acteurs.

Le cas clinique suivant illustre une situation de présomption d'agression sexuelle impliquant un éducateur.

Cas clinique

Vendredi, de retour de vacances scolaires, la directrice d'école a été sollicitée par la gendarmerie. Le gendarme, membre de la brigade d'investigation, est venu avec une photo d'enfant à caractère pédophile et avec un papier sur lequel étaient inscrites deux adresses d'enfants scolarisées en CM2 à l'école.

Il informe qu'une personne de l'équipe d'animation de la « classe découverte » est mise en garde à vue et va être accusée d'agressions sexuelles sur mineurs et majeurs. Ce séjour a eu lieu en octobre pour les trois classes de CM2 et les deux CLIS (classes d'intégration scolaire) de l'établissement.

L'animateur « suspecté », qui ne fait pas partie de l'équipe pédagogique, faisait des tirages de photos dans les supermarchés. Parmi les photos des « classes découverte » qu'il faisait développer, il y avait une pellicule de photos avec des enfants dévêtus. Lors de la perquisition au domicile, des films à caractère pédophile, impliquant des mineurs, ont été trouvés. Cette personne est également soupçonnée de viol sur majeurs qu'il droguait.

Après examen du « trombinoscope » des classes concernées par le séjour « classe découverte », on constate que la photo scannée ne contient pas d'enfants de l'école. En revanche, les deux adresses sont bien celles de deux élèves de CM2, l'une concerne la famille d'une petite Nathalie dont les parents ont été entendus par la brigade d'investigation. Les parents ont voulu protéger leur fille (notamment par rapport à une éventuelle médiatisation de l'affaire) ; c'est la raison invoquée pour justifier le fait de ne pas en avoir informé l'école.

L'officier précise que l'enquête est en cours. Les suites à donner au niveau de l'école ne seront communiquées qu'après la nomination du juge d'instruction, environ 4 semaines après le premier contact.

En ce qui concerne la gestion de cette crise, un nombre important de réunions a été nécessaire durant la semaine pour informer, partager et soutenir : cellule d'accompagnement, réunion avec l'équipe pédagogique, réunion avec les parents des classes concernées avec deux officiers de la brigade de gendarmerie. Les psychologues ont mené des entretiens d'aide auprès des enfants et des adultes (parents et/ou enseignants) volontaires, cette même semaine.

L'intervention ne s'est pas limitée à cette seule période de révélation. Elle s'est poursuivie dans la période scolaire suivante par un travail d'« éducation à la vie et de prévention des risques » effectué en collaboration avec l'équipe éducative.

Un accompagnement du suivi de la médiatisation de l'affaire (presse régionale, télévision, radio) a également été nécessaire 6 mois plus tard. Enfin, un soutien pendant le procès, qui n'a pas encore eu lieu, devra se mettre en place, car les effets de cet événement traumatisant seront réactivés pour certains enfants et adultes.

6.4. Précisions sur l'intervention immédiate

Une partie des descriptions, des recommandations et des fiches techniques déjà détaillées pour les crises d'intensité mineure ou moyenne s'applique lors des crises majeures. Nous n'apporterons des précisions supplémentaires que pour les points spécifiques aux drames importants et procéderons par renvoi pour les points communs à toutes les situations.

6.4.1. Hiérarchiser les urgences

Aux premières heures d'une crise majeure règne une atmosphère très particulière : le désarroi est directement perceptible, l'organisation habituelle est complètement perturbée, personne n'est dans un état « normal ». C'est le chaos. Souvent, personne « ne sait par où commencer, tout est tellement urgent ». Les pompiers, les médecins du Samu viennent de partir, les forces de l'ordre restent si elles doivent auditionner sur place des témoins, le maire est passé ou va venir. L'institution scolaire va se retrouver en position de diriger et de prendre en charge la suite. Les responsables institutionnels ont pu être alertés, et arrivent. Si une équipe de soutien psychologique existe dans le réseau scolaire, elle délègue le premier membre disponible ; sinon, ce sont des personnels du centre hospitalier le plus proche ou de l'Éducation nationale qui vont venir prêter main-forte, dès que possible.

Pour l'exposé des recommandations, nous nous placerons dans l'hypothèse où un psychologue se trouve dans l'équipe dirigeante qui va organiser les opérations d'accompagnement pendant les premiers jours. Nous présenterons les tâches à accomplir de son point de vue, même si dans la réalité, il ne réalise qu'une partie des actions, son rôle essentiel n'étant pas d'intervenir directement, mais de tenir la place de conseiller technique auprès des responsables institutionnels.

Trois idées essentielles doivent guider l'action : répondre aux besoins réels d'une population touchée, définir des priorités parmi toutes les tâches urgentes, s'adapter continuellement à la situation présente.

Les personnes qui viennent d'être précipitées à leur insu dans un drame ne réagissent plus selon les normes habituelles. Les besoins primaires sont au premier plan. La hiérarchisation établie par Maslow trouve toute sa pertinence dans ces situations de crise majeure : la satisfaction d'un besoin ne peut être réalisée que si les besoins inférieurs sont eux-mêmes pris en compte (figure 2.2). Ainsi, tant que les personnes ne se sentent pas en sécurité ou qu'elles ne peuvent boire à leur soif, il est illusoire de prétendre assurer une réunion pour évoquer les vécus émotionnels.

Si on se réfère à la figure 2.2, les enseignants (excepté ceux de maternelle) travaillent, du fait de leur métier, aux plans supérieurs. Ils se trouvent parfois assez démunis lorsqu'il faut prendre en charge, avec des élèves choqués, les réalités prosaïques de l'existence. Les psychologues israéliens du Centre CSPC (Tel Hai College) ont établi une liste des besoins réels d'une population choquée. Elle se révèle pertinente pour toute situation.

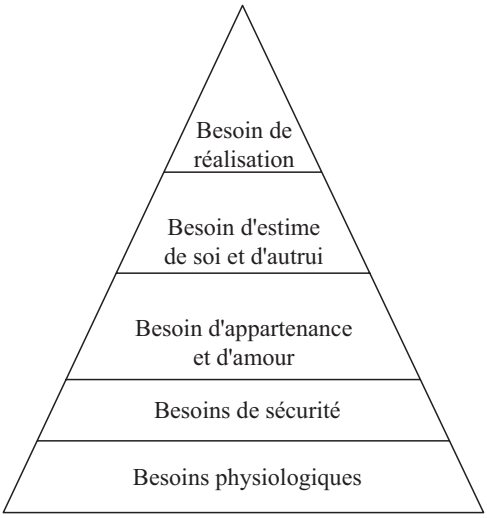

FIGURE 2.2. LA PYRAMIDE DES BESOINS (d'après MASLOW, 1943).

Ces besoins que ressentent, sans nécessairement en prendre conscience, les témoins ou impliqués d'un drame doivent être pris en compte par le psychologue. En fonction de cette connaissance, il pourra proposer une hiérarchisation des actions à entreprendre.

Voir fiche D1, p. 194

6.4.2. Le premier soutien

À cette étape, il n'y a souvent qu'un psychologue présent, qui doit parer au plus pressé : aider les personnes choquées et désemparées. À ce stade, on ne cherche pas un « bureau tranquille », mais on rencontre les personnes là où elles se sont repliées, généralement dans une salle, en passant d'un petit groupe à un autre ou d'une personne à une autre. On peut aussi organiser un temps collectif. La proposition d'un temps de parole, organisé rapidement, rassure ; elle est généralement bien acceptée. À l'arrivée dans la salle, les plus vaillants soutiennent les plus faibles ; certains pleurent, d'autres ont le visage figé : beaucoup d'émotions retenues ou bruyantes, mais tous acceptent de s'asseoir et de partager peines et inquiétudes. Écouter les ressentis sans être submergé soi-même par l'émotion, évoquer la nécessité de se protéger puis rappeler l'obligation collective de reprendre la mission d'éducation ; animer ce type d'échanges est rude, on l'imagine aisément. Il est important de ne pas intervenir seul et de partager cette tâche avec une autre personne, même si elle n'est pas psychologue de métier. Certaines personnes savent faire preuve de beaucoup de psychologie dans ces moments de tension et d'effondrement. À ce moment de la crise,

le professionnel doit conserver ses capacités de diagnostic et de discernement : adaptabilité et aptitude relationnelle priment sur l'application académique des techniques. Dès que des collègues arrivent sur le lieu, il devient possible de mettre en place une organisation plus structurée. Le premier intervenant doit partager son vécu immédiat et renseigner ses confrères sur l'événement et les premières mesures prises.

Cas clinique

Les premières heures[4]

10 h 15. Le secrétariat du service m'informe de la chute d'une grue sur une élève du collège et de son décès. Étant en cours, je lui demande de faire appel à une autre psychologue de l'équipe de crise. À la reprise du cours, le responsable de l'Institut de formation vient informer le groupe de l'interruption des cours pour un événement grave dans un établissement qui nécessite mon départ.

Lieu du drame, environ 12 h 00. Le quartier est bouclé, les forces de l'ordre nous font passer quand nous précisons qui nous sommes. Nous entrons, juste avant le père de la victime, immédiatement accueilli par le médecin urgentiste qui lui livre sans détour les faits en lui annonçant le décès de sa fille et lui précise qu'il ne peut la voir pour l'instant car son corps est très abîmé. Il l'accompagne vers une psychologue de l'hôpital pour qu'elle le prenne en charge. Le médecin urgentiste se tourne alors vers nous : *« On vous attendait ici, on a besoin de vous. Le quartier est bouclé parce que la grue est tombée sur une camionnette qui transportait des bouteilles d'acétylène qui peuvent exploser. La classe de la jeune est réunie dans un local, personne ne leur a parlé, vous connaissez votre boulot, vous pouvez y aller. »* Le professeur principal nous accompagne vers le lieu où sont rassemblés les élèves depuis plus d'une heure. Elle ne se sent pas capable de leur dire la vérité. Il est environ 12 h 15, le temps est compté puisque nous sommes un mercredi et que les cours se terminent à 12 h 30.

Nous entrons dans une classe étroite vu le nombre d'élèves ; ils ne sont pas assis à leur table, mais debout, avec leurs affaires, prêts à partir. Les conditions ne sont pas réunies pour suivre le protocole habituel, des parents attendent à l'extérieur. Nous avons juste le temps de nous présenter et la question est vite posée concernant leur camarade. Je demande ce qu'ils ont vu ou savent et la remarque d'une élève est une perche tendue pour leur annoncer (confirmer ?) le décès. Pleurs, réactions d'émotions, une mère fait irruption dans la classe pour appeler sa fille, bien vivante, sans s'occuper de notre présence. Les autres parents suivent. Pour ceux qui partent sans adulte, nous vérifions qu'ils ne seront pas seuls chez eux. Il ne reste bientôt que le professeur principal avec qui nous échangeons.

13 h 00. Deux collègues nous ont rejoints, ainsi que trois personnes composant la cellule d'urgence médico-psychologique mandatée par la Préfecture sur conseil du médecin urgentiste, lesquelles connaissent là leur première expérience d'intervention et se reposent entièrement sur nous. Nous commençons alors à travailler de manière plus organisée. Nous avons à plusieurs reprises en ligne le responsable du service de psychologie, qui se trouve sur une autre région, et il peut nous aider

4. Rédigé par D. Pineau, psychologue à la DEC de Nantes, membre permanent de l'équipe d'intervention de crise.

à distance dans notre organisation et préparation. Mais le courant a été coupé et les documents que nous souhaitons recevoir du service ne peuvent nous être communiqués par fax ; la secrétaire me les lit au téléphone – depuis, nous avons tous les documents importants avec nous ou sur clé USB et un téléphone portable disponible pour éviter le blocage de ligne ; notre départ précipité a entraîné cet oubli de documents.
Un directeur adjoint de l'institution est maintenant présent et assure le dialogue avec les différentes personnes qui gravitent sur les lieux. Il s'agit d'un collège de 750 élèves, de nombreux adultes y travaillent.
Nous préparons la lettre qui sera lue le lendemain à toutes les classes, le chef d'établissement se positionnant en personne ressource pour relire et améliorer notre écrit. Les professionnels (médecins scolaires et de la PMI [Protection maternelle et infantile], psychologues de l'ADAVI [Association d'aide aux victimes]) se succèdent à l'entrée du collège et sont redirigés automatiquement vers nous, ce qui ne facilite pas le calme pour préparer le déroulement du lendemain.
En fin d'après-midi, le chef d'établissement a prévu que tous les professeurs présents se retrouvent avec nous pour que nous présentions la journée à venir et pour qu'ils puissent poser leurs questions. C'est un moment éprouvant que de répondre aux questions de certains professeurs, angoissés à l'idée de se retrouver le lendemain devant un groupe en classe. Demain, six psychologues du service seront présents ; l'une est conseillère technique pour la Protection de l'enfance et va s'occuper de l'école maternelle et primaire (380 élèves) qui jouxte le collège. S'y ajoutent les trois professionnels de la cellule d'urgence médico-psychologique et trois médecins.
20 h 00. Le responsable institutionnel et le responsable du service de psychologie qui étaient loin du drame ont réussi à revenir aussi vite que possible dans le département. Ils peuvent faire le point avec une partie des institutionnels. La mise en place d'une cellule de crise et sa composition sont décidées ; celle-ci sera opérationnelle dès le lendemain matin. Elle coordonnera l'accueil des élèves, les actions de soutien et organisera une conférence de presse sur place.
22 h 30. Fin de la rencontre.
7 h 00 le lendemain. Arrivée dans l'établissement.

6.4.3. Accueil des élèves

Lors des crises majeures, l'accueil des élèves le jour ou les jours suivants doit être prévu avec soin. La cellule de crise ou d'accompagnement joue un rôle prépondérant dans la préparation de ce moment clé. Il est essentiel d'y associer la majorité des enseignants : ce travail les aide à reprendre pied et à faire corps. Penser un dispositif en fonction des réactions prévisibles des élèves, choisir les formulations les plus adaptées, tout cela prépare au retour des jeunes et les pousse à dépasser leurs appréhensions.

Voir fiche D3, p. 196

Le jour du retour, avoir réussi à tenir leur rôle de pédagogue dans des conditions éprouvantes rassure beaucoup les enseignants et leur permet de continuer à faire leur métier. De leur côté, les parents seront tranquillisés

par le temps d'écoute proposé. Enfin, le chef d'établissement reprendra confiance en voyant les élèves rentrer en classe et ne ressortir que pour le temps habituel des récréations.

Une fois passé ce temps d'accueil en classe, des soutiens spécialisés pourront être organisés par les psychologues pour les élèves demandeurs.

6.4.4. Soutien groupal et individuel

Malgré le contexte difficile, l'atmosphère lourde, il faut appliquer les méthodes groupales et individuelles décrites précédemment. La préparation du dispositif est essentielle. Comme nous l'avons indiqué, le positionnement clair des intervenants constitue un point d'ancrage et de stabilisation pour tous les membres de la communauté éducative. Ce positionnement construit au fil des formations spécialisées se renforce grâce à la cohésion des équipes. C'est également un facteur de protection essentiel pour supporter sans trop de dommage personnel l'accumulation des écoutes difficiles.

6.5. Utilité d'une mallette

La pratique de ces situations nous a conduits à prévoir pour les psychologues une mallette, rassemblant des objets et documents de première nécessité dans une intervention de crise (fiche P25). Elle doit toujours être prête. Quand un drame survient, la pensée des personnes et de l'organisation occupe entièrement l'esprit ; le risque est grand d'oublier des « outils » utiles, voire indispensables. On ne perçoit leur absence qu'une fois sur le terrain. Par ailleurs, l'accès immédiat à la liste des « choses à faire » permet de se recadrer soi-même très rapidement, restructure la pensée vers l'action à entreprendre. L'anticipation favorise la qualité de la réactivité.

Voir fiche P25, p. 190

Nous n'allons pas jusqu'à proposer une « boîte à médiations portable » (Hariki et Gandelet, 2006), ainsi nommée par des psychologues intervenant dans des situations de catastrophe ou de guerre. Le contexte de nos interventions est différent : les groupes pour lesquels nous intervenons sont déjà constitués, les jeunes se connaissent et peuvent s'entraider. Le matériel de soutien thérapeutique peut donc rester limité, surtout que les écoles disposent sur place de jeux, de figurines et de feutres de couleur.

7. Les communications

7.1. Remarques générales

Nous abordons maintenant un point essentiel de la gestion de crise : la prise en compte de la communication. L'amplification ou la diminution des effets négatifs d'une crise en dépend presque mécaniquement. La communication constitue, notamment lors des crises majeures, un facteur de risque impor-

tant, comme nous l'avons déjà précisé. La maîtrise de cette communication constitue une priorité : en interne tout d'abord, vers l'extérieur par la suite. Dès que le soutien ou le soin auprès des victimes commence à être assuré, il faut se préoccuper impérativement de la communication. Une des premières tâches de la cellule d'accompagnement consiste donc à définir les priorités en ce domaine, à désigner les personnes habilitées pour la communication officielle, et éventuellement à prévoir une coordination avec les référents institutionnels voire avec les autorités judiciaires et administratives.

Au début d'une crise, les communications sont toujours désorganisées. Le cas des crises majeures est révélateur. Très souvent, la circulation automobile devient difficile : dès l'annonce d'une catastrophe dans une école, les familles se précipitent sur les routes pour récupérer leur enfant et vérifier s'il est sauf, réflexe parental compréhensif, mais qui gêne considérablement le travail des sauveteurs. Parfois, les routes sont bloquées, personne ne peut plus accéder au site ; la police doit alors intervenir fermement pour réserver le passage aux professionnels. Lors des drames majeurs, les communications téléphoniques sont également très vite saturées, avec les portables notamment. Les élèves comme les parents cherchent à se joindre pour avoir des nouvelles et se réconforter mutuellement. Réflexe familial bien compréhensible, là encore, mais qui complique singulièrement la tâche des responsables et des sauveteurs. Si les vecteurs de communication habituels fonctionnent mal, les nouvelles véhiculées se révèlent peu fiables. Rares sont les informations claires et véridiques, tandis que des nouvelles parcellaires, contradictoires arrivent sans arrêt. L'action des responsables est difficile à ce stade, car comment trouver des réponses adaptées sans disposer d'informations sûres ? De plus, des sollicitations extérieures, pas toujours bienveillantes, vont vite advenir. En effet, moins d'une heure après un drame important, la presse est souvent sur place. Les journalistes interrogent tous les passants à la recherche de la moindre information ; ils veulent rencontrer immédiatement les responsables pour connaître les circonstances du drame, les responsabilités… mais aussi pour être les premiers à diffuser l'information et réaliser un scoop.

Plusieurs d'entre nous ont été victimes de ces blocages des moyens de communication, de ces afflux de nouvelles parcellaires ou peu fiables, du harcèlement journalistique. Ils ont pu mesurer les conséquences immédiates de ces réalités et en constater les effets directs sur la crise : rien n'est sûr, tout fonctionne mal, les rumeurs se répandent, les radios donnent des nouvelles alarmistes, la panique s'amplifie, c'est le chaos. Dans un tel contexte, on comprend aisément qu'un des psychologues présents sur place puisse, du fait de sa formation spécialisée, quitter son rôle de soignant pour prendre celui de conseiller auprès des responsables et de la cellule d'accompagnement. Afin de faire baisser la tension et d'éviter l'éclosion des rumeurs, il devient prioritaire de réunir les informations sérieuses, de préparer un message en direction des élèves et des personnels ; il faut également penser à organiser une conférence de presse et prévoir l'annonce officielle pour les familles.

La gestion de crise comporte toujours cette attention aux communications. Pendant les crises d'intensité moyenne ou faible, les phénomènes décrits précédemment sont moins intenses mais toujours présents. Lors des crises, les individus gardent une sensibilité à fleur de peau. Une information honnête va rassurer les personnes touchées et leur entourage. De leur côté, les erreurs de communication, en interne comme envers la presse, sont difficiles à corriger. Elles gangrènent durablement les relations et provoquent une amplification de la crise chez les individus comme au sein des groupes. De plus, les responsables peuvent se trouver très malmenés par les réactions de familles paniquées comme par les insinuations de certains journalistes. Se préparer à ces réalités, accepter de travailler à plusieurs, se montrer prudent, honnête et rigoureux dans les procédures demeure essentiel en ce domaine hypersensible de la communication. Communiquer correctement est un facteur essentiel de protection psychique, au plan individuel comme au niveau groupal.

7.2. Communication au sein de l'établissement

Notre but n'est pas de présenter toute une théorisation sur la communication en interne lorsqu'un drame survient dans un établissement scolaire, mais plutôt de donner les principales procédures à suivre. Nous nous appuierons sur un exemple, malheureusement trop fréquent, celui de l'annonce d'un décès d'élève suite à un accident de la circulation.

> Un matin d'hiver, un jeune est tué par une voiture près de l'abri du car scolaire ; plusieurs élèves de l'établissement sont témoins de la scène. Ils arrivent dans l'établissement en transmettant l'information sur l'accident, le départ en ambulance de leur camarade et la crainte de sa mort. Une demi-heure plus tard, le père du jeune accidenté prévient du décès et de l'arrivée d'une personne de la famille pour chercher la petite sœur scolarisée à l'école primaire qui jouxte le collège. Le directeur réunit d'urgence son équipe de direction et appelle le service de psychologie. Les premières décisions concernant la communication sont prises lors de ce premier contact téléphonique.

7.2.1. Annonce prioritaire aux témoins et impliqués

L'annonce d'un décès doit être faite normalement par le chef d'établissement ou son adjoint. Cette annonce ne peut être réalisée que si le décès est officiellement constaté par un médecin et si la famille est prévenue. Ces deux conditions sont impératives. Il convient donc de se montrer rigoureux et prudent en ce domaine et de bien s'assurer de la réalité des faits afin de se prémunir contre toute annonce prématurée ou erronée.

Ce sont les élèves de la classe et les proches qui sont avertis en premier. Il est important d'annoncer dès que possible la réalité de la mort plutôt que de laisser monter l'inquiétude ou se propager les rumeurs. L'annonce à tout l'établissement, quant à elle, peut être différée. L'annonce se fait par oral ; ce sont les adultes qui se déplacent dans la classe. Il est arrivé que des

psychologues présents sur place aient à tenir le rôle du directeur face à un groupe d'élèves qui attendaient le diagnostic médical concernant un camarade grièvement accidenté ; au moment de l'annonce, en effet, professeurs et chef d'établissement, très émus par la mort brutale, étaient incapables de prononcer un mot. Ce sont des moments difficiles à vivre pour les adultes. Pour un chef d'établissement de primaire ou de secondaire, ne pas aller seul parler aux élèves est une recommandation de prudence élémentaire, car ce n'est que le début de la crise : il va devoir affronter d'autres moments de tension dans les jours suivants.

> Aussitôt après l'appel téléphonique, le chef d'établissement accompagné du titulaire se rend dans la classe pour annoncer le décès. Beaucoup d'élèves ignoraient l'accident, mais ils l'auraient appris à la récréation. Le cours est arrêté, le titulaire reste parler avec les élèves. Certains élèves demandent à sortir, mais un adulte les accompagne dans la cour. Les visites à l'infirmerie sont autorisées ; ce lieu sera très fréquenté tout au long de la matinée. Les cours ne pourront reprendre normalement qu'en début d'après-midi.
>
> Le directeur et son adjoint rejoignent alors le groupe des élèves présents dans le bus scolaire et témoins de l'accident. Un surveillant les avait réunis pendant que le directeur parlait à la classe car ils appartenaient à des groupes différents, de la sixième à la troisième. L'annonce du décès est faite ainsi que la possibilité de rencontrer des psychologues qui viendront en début d'après-midi. Lors du contact en début de matinée, il avait en effet été décidé de proposer un soutien immédiat aux élèves témoins. Les deux tiers des jeunes viendront parler avec les psychologues.

7.2.2. Annonce officielle au personnel

L'annonce officielle au personnel doit également être faite par le chef d'établissement. Il doit annoncer le décès, mais en restant très succinct sur la cause de la mort (par exemple : « il est mort dans un accident de la route, suite à une maladie », etc.). En cas de suicide, il importe de n'annoncer cette cause qu'avec l'autorisation de la famille. La date et le lieu de l'enterrement peuvent être annoncés si la famille désire que ce soit communiqué. Il est prudent de prendre le temps de bien rédiger le communiqué officiel, de s'en tenir au minimum, de respecter les souhaits de la famille et d'adopter un ton sobre. Ce texte officiel doit être communiqué à tous les personnels puis affiché dans l'établissement. En cas d'absence de certains personnels, il est important de faire parvenir ce document par courrier aux intéressés. Parfois, des professeurs qui travaillent à mi-temps n'apprennent les mauvaises nouvelles que plusieurs jours plus tard ; en général, ils en veulent énormément à la direction de l'établissement de ne pas avoir été prévenus. L'expérience nous a appris à repréciser systématiquement ce point auprès des responsables afin d'éviter des tensions inutiles. Un exemple de communiqué est présenté à la fin de l'ouvrage.

⊷ Voir fiche D8, p. 204

Lors de l'annonce officielle, le directeur prend un temps suffisant pour répondre aux questions, mais dans la limite de ce qu'il peut communiquer. Les mesures éventuelles d'aide et de soutien prévues sont annoncées. Les temps de recueillement et de célébration sont également indiqués s'ils sont déjà fixés. En cas d'investigation policière en cours, le directeur doit rester prudent en précisant qu'il attend les conclusions de l'enquête officielle pour apporter des informations complémentaires. La mise en place d'une cellule d'accompagnement doit être annoncée publiquement à ce moment-là.

> Au moment de la récréation du matin, le directeur annonce la triste nouvelle aux professeurs. Il laisse un message écrit sur le tableau, en salle des professeurs, pour les absents. La personne qui tient l'accueil est chargée de prévenir les enseignants qui arriveront en cours de journée. Tous les autres personnels sont avertis dans la matinée.
>
> Lors de la réunion de la cellule d'accompagnement, l'après-midi, le directeur se montre étonné de notre insistance pour prévenir par courrier les personnels absents. Quelques jours plus tard, il nous remerciera de notre prudence : quelques tensions supplémentaires lui ont été évitées.

7.2.3. Annonce officielle aux familles

Précisons tout d'abord que cette annonce à tous les parents de l'établissement n'est pas systématique. Il faut réagir au cas par cas en tenant compte du type de décès et surtout des souhaits de la famille du défunt. Par exemple, lorsqu'un jeune adolescent se suicide au domicile de ses parents et que sa famille ne souhaite pas la présence des élèves de la classe à l'enterrement, ni que l'on donne la cause du décès, le chef d'établissement est tenu de respecter le désir de silence des parents.

La cellule d'accompagnement est un dispositif sur lequel le directeur ou la directrice doit s'appuyer pour prendre la décision de rédiger ou non un communiqué officiel pour toutes les familles. Lorsque la décision est positive, la notification est faite généralement le soir de l'événement par l'envoi d'un communiqué par l'intermédiaire des élèves. Celui-ci reprend le contenu du communiqué officiel pour les enseignants : l'identité de la victime, les faits communicables, les dispositions prises par l'établissement (aides proposées, temps de recueillement, etc.), et réaffirme le soutien de toute la communauté éducative à la famille endeuillée. Les parents d'élèves apprécient grandement d'être avertis par l'établissement et de ne pas apprendre la nouvelle par l'extérieur. Leur confiance dans l'établissement s'en trouve renforcée. Deux exemples d'annonce officielle aux familles sont présentés au chapitre 3 : une annonce directe (fiche D7), une autre pouvant être réalisée à partir du texte lu aux élèves (fiche D10).

> Lors de la réunion de la cellule d'accompagnement où siège la présidente de l'Association de parents, le directeur tient à lire le brouillon qu'il a

> rédigé. Quelques rectifications sont proposées. Les conditions de présence des élèves à l'enterrement sont évoquées également. Dès la fin de la réunion, un tirage est réalisé rapidement. Le directeur, secondé par les surveillants, passe alors dans toutes les classes distribuer les imprimés aux élèves.

Pour préparer une intervention post-immédiate, l'annonce aux familles d'une aide psychologique est à prévoir. Un exemple de courrier est donné à la fiche P14.

⇝ Voir fiches D7 p. 202, D10, p. 206, P14 p. 172).

7.2.4. Annonce officielle à tous les élèves

Cette annonce ne doit pas être systématique mais adaptée à chaque situation. Le chef d'établissement et les membres de la cellule d'accompagnement doivent prendre en compte différents éléments : la taille de l'établissement, l'âge des élèves et enfin la réalité particulière du décès. Par exemple, dans un lycée comportant huit classes par niveau où les élèves se connaissent assez mal d'un niveau à l'autre, l'information est le plus souvent limitée au niveau de la classe de l'élève décédé. En primaire, on module l'information en fonction de l'âge des élèves. Souvent, il n'y a pas d'annonce systématique aux enfants de maternelle ; l'enseignant répond juste aux questions posées spontanément par les élèves. Les recommandations essentielles sont rappelées dans la fiche D2.

L'expérience nous fait préconiser deux approches. La première démarche est détaillée dans la fiche P23. C'est le dispositif mis en place en cas de drame majeur, au retour de tous les élèves. Rappelons rapidement les trois étapes de cette approche. Dans un premier temps, l'on se prépare pour composer le texte et briefer les enseignants (fiche D9). Dans un second temps, en classe, on lit le communiqué aux élèves puis on les laisse réagir et poser des questions. L'enseignant est souvent accompagné d'un autre adulte afin de gérer au mieux le groupe. Cette étape dure entre 15 et 30 minutes ; elle se termine par la présentation des soutiens organisés dans l'école (s'ils sont prévus). Au bout du temps imparti, l'enseignant reste seul et reprend le travail scolaire en adaptant le rythme et le contenu de l'enseignement aux possibilités des élèves et des siennes. Le troisième temps, lors de la récréation, permet aux adultes de faire un point rapide entre eux et de prévoir les suites nécessaires.

La seconde approche correspond à l'annonce collective à l'ensemble des élèves encadrés par tous les enseignants disponibles. Par exemple, un tel dispositif a été mis en place dans un établissement secondaire pour annoncer officiellement la mort brutale d'un professeur, assassiné à son domicile pendant le week-end. Comme les médias nationaux et régionaux avaient abondamment commenté ce crime lors de différents journaux télévisés, tous les élèves étaient au courant. Il était impensable, cependant, de commencer les cours sans que le directeur prenne la parole pour dire l'affliction

commune, l'incompréhension de l'acte, l'enquête en cours, la participation à l'enterrement puis le dispositif d'aide prévu. Après une courte allocution, il y eut quelques minutes de recueillement puis le retour en classe.

Le choix des modalités d'annonce aux élèves doit être étudié avec soin par la cellule d'accompagnement. La première approche nécessite une mobilisation et une participation plus importante du corps enseignant, mais elle permet de mieux canaliser les réactions parfois brutales et étonnantes des groupes après un drame, notamment au moment de l'adolescence.

Voir fiches D2 p. 195, P23 p. 187, D9 p. 205

7.2.5. Contact avec la famille du défunt

Pour les parents, il est important que le chef d'établissement puisse les rencontrer : un lien se maintient avec le lieu scolaire malgré la disparition tragique de leur enfant. Souvent, un premier contact téléphonique a permis de fixer le moment de la visite. Il est préférable que le directeur se fasse accompagner par une personne de confiance car ce sont des moments très chargés émotionnellement. Après les moments de partage émotionnel et de compassion, le chef d'établissement doit interroger les parents, avec tout le tact possible, afin de connaître leurs souhaits : que peut dire l'école à propos du décès ? Souhaitent-ils des visites à la chambre mortuaire ? Quel type d'enterrement ont-ils envisagé ? Quelle participation prévoir ? Ont-ils besoin d'aide particulière ? Peut-il revenir les voir ? Ce questionnement est indispensable si l'établissement veut réagir au mieux aux souhaits de la famille.

7.2.6. Utilisation des portables et gestion des blogs

La plupart des jeunes possèdent actuellement un appareil téléphonique portable ; cette réalité provoque des réactions particulières en cas de crise. Dans les établissements scolaires, les élèves utilisent massivement leur téléphone portable si un accident grave se produit : appels vers les parents, communication directe ou par SMS entre amis. Ils reçoivent également de nombreux messages téléphoniques de la part de leurs parents ou de leurs relations amicales. Réflexes normaux pour se réassurer et se réconforter, ces communications peuvent cependant parfois véhiculer et amplifier des rumeurs. Actuellement, les responsables ne peuvent ignorer cette réalité sociale ; il leur faut communiquer rapidement sur les événements afin d'éviter la diffusion, par le biais des portables, d'informations erronées ou le développement de sentiment de panique. Généralement, les responsables pensent à l'impact de ce nouveau média, mais se montrent plus désemparés par l'utilisation des messages via Internet.

C'est surtout depuis l'année scolaire 2006–2007 que les adolescents confrontés à la disparition (fugue, enlèvement, etc.) ou à la mort d'un camarade prennent l'initiative de créer des blogs. Ce terme, abréviation de « weblog », désigne un site personnel et interactif sur Internet, qui peut

tenir lieu d'une sorte de journal intime. Chaque jeune peut donc insérer des photos du disparu, donner des informations ou faire part de ses sentiments personnels. Les jeunes savent créer et utiliser les blogs, les adultes se montrant généralement moins habiles :

> Le blog est un site personnel qui offre à chacun la possibilité d'exprimer son point de vue personnel sur un sujet particulier et, à tous les lecteurs, de réagir en formulant des commentaires… L'une des clefs du succès des blogs provient de leur simplicité. (www.foruminternet.org, Le forum des droits sur internet)

Ce phénomène des blogs n'est pas propre au milieu scolaire. Actuellement, lors des crises liées à des événements tragiques (catastrophes naturelles, événements politiques, etc.), les témoins n'hésitent pas à transmettre des informations par cet intermédiaire :

> Journalisme et blogs ainsi se croisent et se mélangent, brouillant la frontière entre l'information professionnelle et la couverture des événements par des amateurs. (www.foruminternet.org, Le forum des droits sur l'internet, consultation janvier 2009)

La gestion de la communication lors d'une crise grave en milieu scolaire doit tenir compte de cette nouvelle modalité d'expression. Comme on lit les journaux qui relatent l'événement, il faut prendre connaissance des commentaires et images circulant sur Internet. Parents, professeurs, intervenants peuvent demander directement aux jeunes si des sites se sont créés ou bien vérifier eux-mêmes, ou encore demander à des personnes compétentes de le faire. L'objectif n'est pas le contrôle systématique, mais le repérage des rumeurs persistantes, des entorses au droit ou le non-respect de la sphère privée. L'expérience nous a appris que les dérives se produisent principalement lorsque des événements tragiques surviennent pendant le temps des vacances scolaires. L'encadrement et le soutien des groupes d'élèves ne pouvant être organisés, le blog joue alors un rôle d'étayage groupal, mais renforce souvent croyances ou représentations inexactes. Des photos de mineurs sont insérées sans aucune autorisation, des rumeurs infondées sont propagées, des mises en cause individuelles sont affirmées sans aucun fondement. On se trouve alors confronté à une approche « sauvage » de l'événement. Il est bien difficile par la suite de rétablir le calme et de rechercher une approche plus objective de la réalité. Des enseignants ont ainsi eu à gérer pendant des mois des groupes d'élèves devenus hermétiques à toute approche rationnelle, la « vérité » étant révélée et « protégée » par leur blog. Les quelques situations difficiles que nous avons connues, en ce domaine, montrent l'intérêt d'une gestion immédiate de la crise afin d'éviter des complications à court et moyen termes.

Il nous faut rappeler maintenant quelques éléments de droit. Les renseignements suivants sont extraits des fiches techniques du site www.foruminternet.org, déjà cité :

– « Le blog est soumis aux mêmes règles juridiques que tout site internet. Le particulier qui crée un blog est à la fois éditeur et directeur de la publication. Il doit s'identifier comme tel ou indiquer le nom de son hébergeur, qui lui connaît son identité. »
– « Le blogueur est responsable des propos qu'il tient sur son blog. La diffamation et les injures sont des infractions. Le blogueur peut être tenu pour responsable des commentaires échangés par des tiers sur son propre blog. La modération a priori ou, à défaut, un contrôle régulier des contributions est de mise. »
– « La mise en ligne sur son blog de l'image d'un tiers est soumise à l'autorisation préalable de celui-ci dans la plupart des cas. Pour les photos des mineurs, ce sont les parents qui doivent donner leur autorisation. »

L'affirmation, sur un site Internet, de la « responsabilité » d'une personne dans la survenue d'un accident, avant tout jugement juridique, peut être considérée comme une diffamation. Toute personne victime de publication d'images non autorisées ou de diffamation peut porter plainte. Des sanctions sévères sont prévues par les Codes civil et pénal.

Pour les adolescents confrontés à la perte d'un camarade ou d'un ami, l'usage du blog peut constituer un vecteur favorisant le partage et le renforcement groupal. Une surveillance discrète est parfois utile afin d'éviter la prolongation d'un usage excessif. En cas de difficulté, le chef d'établissement doit avertir sa hiérarchie et prendre des mesures adaptées. En général, quelques explications, un rappel des règles légales auprès des élèves concernés et de leurs parents suffisent. Si les complications persistent, on peut envisager, selon les circonstances, des mesures disciplinaires voire un dépôt de plainte.

En tout état de cause, lors de la survenue d'une crise, il est prudent aujourd'hui de prendre en compte ce nouvel outil médiatique pour une gestion optimale de la communication. Cette attention aux blogs doit être renforcée en cas de disparition d'un jeune (fugue, enlèvement, etc.) ou lorsque le décès survient pendant des vacances scolaires.

7.3. Communication vers l'extérieur

La communication vers l'extérieur concerne tous les contacts avec les différentes instances administratives et les organismes de tutelle. Normalement, c'est au chef d'établissement d'assurer cette communication en déléguant si nécessaire une partie des rencontres. Le psychologue se tient en seconde ligne en ce domaine : il rappelle la nécessité de cette communication avec le monde extérieur.

Les premières instances à prévenir sont les responsables de l'Éducation nationale, et si l'établissement est de droit privé, l'institution responsable. Ces contacts doivent se tenir dès le début du drame ; les responsables peuvent partager l'émotion, venir sur place pour épauler et éventuellement déclencher une procédure d'aide particulière. En général, les chefs d'établissement ont le réflexe professionnel de prévenir rapidement leur supérieur

hiérarchique, mais on constate, parfois, certains retards importants, signe généralement d'une sidération psychique.

Si des équipes d'intervention d'urgence existent dans le réseau scolaire de l'établissement, il est important de les appeler dès le début afin qu'elles évaluent rapidement les besoins et mettent en place des soutiens. En cas de drame majeur, des contacts seront à prendre avec les services hospitaliers pour coordonner les aides psychologiques et donner aux familles les numéros des services spécialisés. Des adresses de services sociaux peuvent également être communiquées ainsi que les coordonnées des associations d'aide aux victimes. Les psychologues relaient assez souvent le directeur dans cette mission de coordination.

Si le drame est important, le maire de la commune ou de la ville doit être prévenu afin d'envisager avec lui les mesures particulières nécessaires. Des aides immédiates en matériel ou en personnel peuvent être éventuellement fournies. Dans les cas les plus graves, la Préfecture du département interviendra directement dans la gestion des premières heures. Les services de la police, de la gendarmerie nationale et de la sécurité civile prendront contact avec le chef d'établissement en cas de décès d'un élève. Si des enquêtes judiciaires sont en cours, il est important de maintenir des contacts réguliers. En ce domaine, les responsables institutionnels peuvent relayer le chef d'établissement.

La communication avec l'extérieur prend du temps et de l'énergie, surtout en ces moments de crise où tout devient urgent. En cellule d'accompagnement, il est important de lister et de hiérarchiser ces différents contacts.

Voir fiche D11, p. 207

Les contacts avec les différentes instances se passent beaucoup mieux lorsque les personnes se connaissent avant la survenue d'un drame. Si le chef d'établissement a pu instaurer auparavant des rencontres régulières avec les différents responsables, les relations pendant le drame en seront facilitées et les réponses plus adaptées. Une approche pluridisciplinaire ne se met jamais en place instantanément ; elle se constitue et se perfectionne au fil des rencontres. Il en est de même pour les contacts avec la presse : ils sont plus simples le jour du drame si les personnes se sont déjà rencontrées à l'occasion de la vie « ordinaire » d'un établissement scolaire. En ce sens, pour un chef d'établissement, savoir créer des relations cordiales avec les instances extérieures constitue un des éléments d'une bonne préparation à la gestion de crise.

7.4. Lien avec la presse et les médias

7.4.1. Le nécessaire dépassement des réactions spontanées

Lorsque les caméras, les micros apparaissent aux portes d'une école, la tension monte d'un cran. Supporter l'événement tragique est déjà très difficile ;

devoir recevoir en plus des journalistes paraît insurmontable. Les réactions de rejet et d'agressivité se multiplient, les attitudes de désarroi augmentent. La peur des articles à venir, la crainte des commentaires tendancieux viennent ainsi s'ajouter à l'effroi initial. Cette description reflète l'état d'esprit régnant dans un établissement : directeur et enseignants vivent souvent comme une intrusion insupportable, voire comme un « viol » l'arrivée des journalistes sur leur territoire et dans leur vie.

Pourtant, il faut bien faire face à cette réalité : en cas de drame important, la presse est toujours là. Le public s'intéresse en effet à l'éducation et montre toujours un intérêt, parfois malsain, pour les drames touchant les jeunes. La mort brutale d'un enfant, un accident impliquant des élèves, la révélation d'une agression sexuelle suscitent de fortes émotions dans la population. De ce fait, les journalistes interviennent toujours afin de satisfaire l'intérêt et la curiosité de leurs lecteurs ou téléspectateurs. Ils ne quitteront pas le lieu scolaire sans recueillir d'informations ; mieux vaut donc leur préparer un communiqué aussi juste et adapté que possible. Il faut assumer et préparer la communication des informations avec soin. Paradoxalement, ce peut être un levier pour atténuer les effets délétères d'une crise. Le chef d'établissement et ses responsables hiérarchiques doivent assurer le contact officiel avec les représentants de la presse. Le rôle des psychologues ou médecins formés à la gestion de crise est double : aider à la préparation du communiqué pour la conférence de presse ; accepter, si un responsable le demande, d'être interrogé sur les dispositifs d'aide. Si elle semble honnête et sincère, la communication va renforcer les sentiments positifs au sein de la communauté éducative, puis susciter de la compréhension de la part du public. À l'inverse, si la communication semble incomplète ou partiale, l'image de l'établissement sera affectée durablement ; certains membres de la communauté éducative éprouveront de la colère ou du ressentiment, les commentaires dans le public ne seront pas bienveillants. En conséquence, les effets négatifs de la crise iront en s'intensifiant.

Pour gérer cet aspect incontournable et hypersensible de la gestion d'une crise majeure, les responsables ont parfois intérêt à se faire conseiller par des professionnels de la communication. Les recommandations qui suivent peuvent déjà aider les responsables institutionnels et les membres des équipes d'intervention à préparer puis assurer une conférence de presse.

7.4.2. Attitudes envers les médias

La liberté de la presse constitue un des droits démocratiques fondamentaux. En ce sens, il est normal de collaborer avec les journalistes et de leur fournir des informations. Il est même important de les accueillir correctement et de prendre en compte leurs contraintes horaires : une bonne transmission des messages que l'on juge importants peut se révéler précieuse. Mais certains journalistes, issus notamment de la « presse à sensation », se montrent peu respectueux de la vie privée et savent profiter de

la crédulité des témoins pour recueillir des révélations tendancieuses ou tirer des conclusions hâtives, voire attaquer la réputation des personnes. Toutes ces réalités existent, et il est donc prudent d'aborder les relations avec la presse en adoptant deux attitudes antagonistes : collaborer avec les médias mais aussi savoir les contenir. Nous ne prétendons pas à l'exhaustivité, mais voulons simplement donner des conseils de base que les responsables et les membres des équipes d'aide pourront consulter. Toutes les informations contenues dans ce paragraphe et les suivants proviennent de l'expérience acquise par nos équipes et des recommandations de Poland et al. (1999).

7.4.2.1. Contenir les médias

– Interdire aux journalistes de pénétrer dans l'établissement sans autorisation.
– Préciser les lieux autorisés à la presse dans l'enceinte scolaire ainsi que les horaires ; délimiter et protéger les lieux « sécurisés » : les classes, la salle des enseignants, etc.
– Interdire les photographies et les films concernant les élèves mineurs, les familles endeuillées, etc.
– Ne donner les noms des personnes concernées par un drame qu'avec l'accord des familles ou des autorités judiciaires.
– Si nécessaire, les conférences de presse peuvent être déplacées vers un lieu administratif extérieur plus neutre que l'établissement.
– Veiller à ce que les élèves ne soient pas importunés. Si les journalistes deviennent envahissants, informer les élèves qu'ils n'ont pas à répondre aux sollicitations parfois soutenues des reporters. Prévenir les familles de protéger leurs enfants. En cas d'abus, ne pas hésiter à aviser la police ou la gendarmerie.
– Ne pas être naïf : tous les propos, même hors micro, sont pris en note.

7.4.2.2. Collaborer avec les médias

– Accepter la communication, la « prendre en main » au lieu de fuir cette réalité incontournable.
– Une communication officielle par le biais de conférences de presse :
• permet de maîtriser l'information ;
• évite les nouvelles tronquées ou erronées, la propagation des rumeurs, etc. ;
• protège le reste de la communauté éducative des questions incessantes des journalistes ;
• donne une image positive en énumérant les mesures prises pour aider et soutenir les membres de la communauté confrontés à un drame.
– N'accepter des interviews particulières que si l'on en précise le sujet.
– Après un drame, la communication officielle permet aux journalistes de réaliser leur métier et d'obtenir des informations pour leurs journaux écrits ou télévisuels. Il est important de tenir compte de leurs impératifs horaires.

7.4.3. Avant la conférence de presse

7.4.3.1. Organisation

– Déterminer au sein de la cellule de crise ou d'accompagnement la ou les personnes habilitées à parler à la presse. Normalement, ce sont les responsables institutionnels qui assurent cette fonction.
– Un psychologue ou un médecin peuvent intervenir lors d'une conférence, mais uniquement pour parler des mesures d'aide prodiguées aux victimes et impliqués, comme des mesures préventives à prendre par les parents pour rassurer les enfants ou les jeunes. Si nécessaire, d'autres professionnels peuvent également participer en fonction de leur champ de compétence.
– Indiquer dès que possible le lieu et l'heure de la conférence de presse.

7.4.3.2. Préparation

– Ne pas improviser pas devant les journalistes, mais préparer soigneusement le message à transmettre.
– Prévoir un document écrit qui sera lu aux médias. La base de ce document peut être le communiqué officiel écrit remis aux journalistes à l'issue de la conférence.
– Concernant le drame, ne transmettre que les faits avérés et les modalités d'aide effectivement prévues. Toute information erronée sera préjudiciable car répétée à plusieurs reprises par les différents médias. Par précaution, il importe de relire le texte par au moins une personne n'ayant pas participé à la rédaction.
– Prévoir au maximum quatre ou cinq éléments clés résumant les points essentiels à transmettre au moment de la conférence. Déterminer le point principal et le mettre en valeur.
– Utiliser un style simple, facilement compréhensible par tous, adapté au langage télévisuel, mais peser les mots et expressions utilisés. Éviter les termes trop techniques.
– Anticiper les questions, préparer les réponses. Prévoir de refuser de répondre sur certains points, liés en particulier à l'enquête en cours.
– Avant la conférence, prendre le temps de répéter le texte. S'entraîner également avec un membre de l'équipe à répondre aux questions difficiles que pourraient poser les journalistes à l'issue de la conférence.

Les questions habituelles des journalistes concernent les faits, les victimes, les mesures prises, les responsabilités ; les interrogations implicites portent sur le détail « accrocheur », les contradictions, l'« intérêt du public ».

Cas clinique

Vendredi après-midi, un garçon de 4 ans décède à la suite de l'effondrement d'une statue pendant le temps de la récréation. Les médias nationaux et locaux sont présents immédiatement. Certains journalistes montent sur les murs entourant l'école pour essayer de prendre des photos malgré la présence des élèves.

Plus tard dans la soirée, il faut déloger des photographes essayant de pénétrer par un vasistas mal fermé. Une des premières mesures est d'organiser un filtrage à l'entrée de l'établissement avec des parents volontaires. Cette précaution est maintenue pendant plusieurs jours. Le soir, une première conférence de presse est organisée par le procureur de la République. Elle est retransmise par tous les médias. Le lendemain, les responsables départementaux ont des contacts avec la presse. Tout le week-end, les journaux télévisés nationaux en font leurs titres.
Le dimanche après-midi, les psychologues de la cellule de crise se retrouvent pour préparer la matinée du retour des élèves de maternelle et du primaire. Pendant cette réunion, le directeur diocésain me prévient qu'une seconde conférence de presse sera donnée le lundi matin dans l'école. Je devrai y participer pour parler des aides mises en place puis pour donner des conseils aux familles inquiètes des réactions des enfants. J'annonce cette nouvelle aux collègues. Une des psychologues, qui est déjà venue à l'école le samedi, insiste sur le fait que nous devons tous nous préparer mentalement à la confrontation avec la presse : *« Demain matin, à notre arrivée, les caméras seront là et nous filmeront. »* Une fois la réunion terminée, je prépare mon intervention pour la conférence, car je sais que le lendemain je n'aurai pas un instant de libre. J'écris les différents points essentiels en m'imaginant parlant à une vingtaine de journalistes. J'ai aussi en tête la douleur de la famille endeuillée. J'ai pesé les mots et recherché les formulations les plus appropriées. Deux heures m'ont été nécessaires mais, à la fin de cette rédaction, j'en connais le texte par cœur. Cela me procure un effet rassurant immédiat.

7.4.4. Pendant la conférence de presse

7.4.4.1. Attitude générale

- Il est prudent d'être au moins deux personnes devant les journalistes afin de pouvoir faire face au flot des questions qui vont venir.
- Garder son calme même lors des questions agressives : ne pas oublier que tout est enregistré.
- Se montrer tonique, éviter de montrer de l'accablement ou des attitudes trop dépressives.
- Être soi-même, parler avec son ton de voix habituel, utiliser son vocabulaire coutumier, éviter toute formulation appartenant au registre du « sensationnel ».
- Essayer de maîtriser le langage non verbal. Lors du montage, les journalistes retiennent autant les attitudes corporelles significatives que les paroles. Plus l'on est sincère et préparé, plus les postures corporelles sont en adéquation.
- Répondre aux questions en pensant tout d'abord au vécu des élèves et aux décisions de la cellule de crise.

7.4.4.2. Communiqué officiel

- En commençant, prévenir que l'on va faire une déclaration officielle et répondre ensuite aux questions. Présenter clairement les noms, prénoms et fonctions des personnes qui vont intervenir lors de la conférence.

– Exprimer tout d'abord sa tristesse et sa consternation suite au drame. Évoquer sa compassion vis-à-vis des victimes et des familles endeuillées.
– Communiquer la vérité quant aux faits – la crédibilité est en jeu ainsi que la capacité de gérer la crise. De toute façon, les journalistes investigueront auprès d'autres personnes s'ils devinent que l'intervenant cache la vérité.
– Ne communiquer que les faits avérés à condition d'avoir l'autorisation du procureur. Ne se permettre aucun commentaire sur les faits ou sur les responsabilités apparentes : c'est l'enquête qui cherchera à établir les responsabilités. Il n'est possible de citer des noms qu'avec l'autorisation explicite des familles ou des personnes majeures impliquées.
– Poursuivre le communiqué par l'exposé synthétique des mesures d'aide et de soutien mises en place pour les élèves dans les jours à venir. Préciser le dispositif interne et les liens possibles avec les aides extérieures : consultation auprès du médecin de famille, des services hospitaliers ou associatifs spécialisés.
– Utiliser les médias pour faire passer des messages de prévention en direction des parents d'élèves. Si, malgré le climat d'inquiétude, les parents de la communauté éducative gardent leur sang-froid, les élèves seront rassurés et risqueront moins de présenter des troubles réactionnels.
– En cas de violence importante contre un élève ou un adulte, en cas de suicide, il peut être utile d'évoquer les mesures de prévention que l'établissement avait pourtant déjà prises en ce domaine (si c'est le cas). On peut également souligner les difficultés sociétales générales.
– Si possible, remettre un communiqué écrit aux journalistes présents à la fin de la conférence. Le point de vue de l'intervenant sera mieux repris et l'orthographe des patronymes respectée.

7.4.4.3. Les questions

– Prendre le temps nécessaire avant de répondre si l'on a besoin de réfléchir à la formulation de la réponse. Se méfier du tac au tac, modalité réactive très émotionnelle.
– Dire clairement que l'on ne connaît pas une réponse si effectivement l'on est dans l'incapacité de donner une explication. L'expression « pas de commentaires » n'est pas appropriée.
– S'il a été décidé au sein de la cellule de crise de ne pas répondre à certains types de questions, dire que ce n'est pas l'objet de cette conférence.
– Ne répondre qu'à une seule question à la fois ; ignorer les interruptions.
– Si une question embarrasse, demander à la personne de répéter ; cela donne quelques secondes de répit pour préparer une réponse appropriée.
– Insister dans les réponses sur le souci immédiat de protéger au mieux les élèves.

7.4.4.4. Les interviews immédiates

– Lors des crises majeures, nombre de journalistes de radio ou de télévision demandent une rencontre complémentaire sur place afin de bénéficier d'un meilleur son ou d'un cadrage supplémentaire. Il convient de n'accepter que si le sujet de l'interview reste semblable à celui de la conférence collective.
– Si l'on soupçonne des questionnements malveillants ou si l'on se sent trop éreinté pour continuer immédiatement la confrontation avec la presse, il importe de se donner le droit de refuser ou de différer.

Cas clinique (suite)

Le lundi matin, nous arrivons à 7 h 30. Effectivement, les caméras sont déjà sur place, les projecteurs se déclenchent à notre arrivée. Instinctivement, nous resserrons les espaces et pénétrons dans l'école un peu comme un pack de rugby. Les enseignants que nous rencontrons pour une dernière mise au point avant l'accueil des élèves se plaignent de cette présence.

Le début de la matinée est consacré aux élèves : annonce officielle par le maître puis discussion avec les élèves sur leur ressenti. La conférence de presse est prévue à 11 heures, mais dès 9 h 30 nous avons permis aux journalistes qui attendaient dehors sous une pluie battante de trouver refuge sous un préau alors qu'ils devaient rester en dehors de l'établissement. Une boisson chaude leur est proposée.

Le lieu retenu pour la conférence est une classe non occupée par les enfants. Une trentaine de journalistes sont présents. Les flashes crépitent. Comme prévu, le responsable institutionnel du primaire fait le point sur la situation puis me passe la parole pour présenter le dispositif d'aide. Ce qui surprend au départ c'est la grande proximité des caméras, 50 centimètres au maximum. J'expose ce que j'avais prévu la veille en regardant les personnes situées devant moi ; on pourrait croire que j'improvise ; en fait, je cite mot pour mot l'explication prévue. Je me sens assuré face aux journalistes car les dispositions envisagées se déroulent comme prévu et l'ensemble des élèves ne présentent pas de troubles majeurs. Je communique cet état de fait, rapporté par tous mes collègues. Je peux donner des exemples de paroles d'enfants rassurantes, ayant reçu moi-même plusieurs d'entre eux en entretien. Les questions posées portent sur des explications complémentaires. Je remarque la grande attention des journalistes aux exemples concrets. Après cette partie officielle, plusieurs journalistes sollicitent l'un ou l'autre des intervenants pour des interviews complémentaires qui ne dépassent guère la dizaine de minutes. Il faut que tout soit près pour les journaux de 13 heures ! Le responsable et moi-même quittons cette salle, soulagés : nous avons pu livrer les messages prévus et les contacts se sont révélés corrects.

7.4.5. Après la conférence de presse

– Visionner ou faire enregistrer les journaux télévisuels locaux et nationaux. Demander à des personnes de confiance d'écouter les informations transmises par les radios. Consulter la presse écrite le lendemain. Autant d'actions indispensables pour connaître la manière dont les informations de la conférence ont été retransmises.

- Recueillir auprès de la cellule de crise les réactions spontanées des familles, des enseignants, des impliqués, etc.
- Toutes ces informations et réactions vont permettre à la cellule de crise d'ajuster la communication et de prévoir d'éventuelles nouvelles actions. Parfois, même si la couverture par la presse ne donne pas entièrement satisfaction, il peut être prudent de garder le silence. Une aide professionnelle spécialisée peut se révéler fort utile en cas de difficultés particulières.
- Si des faits nouveaux peuvent être transmis, une nouvelle conférence de presse devient nécessaire.
- L'intérêt des médias va durer généralement quelques jours, voire plus d'une semaine pour les drames importants. Les médias locaux peuvent assurer une couverture plus longue de l'événement. Dans ce cas, il peut être important d'insister auprès des journalistes sur le besoin de la communauté de reprendre un fonctionnement habituel et de commencer la cicatrisation.
- Lors du premier anniversaire ou le jour de la rentrée des classes, des journalistes peuvent solliciter de nouvelles interviews. La réponse à ces sollicitations doit être étudiée au cas par cas.
- Si un procès doit se tenir, la presse sera forcément présente, avide des réactions des uns et des autres. Une cellule de crise doit être réactivée pour faire face à la nouvelle poussée émotionnelle, souvent d'aussi forte intensité qu'au premier jour. La communication interne et les liens avec les médias seront une des tâches essentielles de cette nouvelle cellule de crise ou d'accompagnement. Les avocats jouent également un rôle en ce domaine.
- Les équipes d'intervention ont intérêt à conserver les articles de journaux, les enregistrements télévisuels, les communiqués de presse, etc. Ces dossiers sont précieux pour analyser, après coup, la couverture médiatique comme la pertinence des communiqués de presse. Ces documents peuvent également être utiles lors de la survenue d'autres crises.

Cas clinique (suite)

Le soir, je regarde un des journaux télévisés : le reportage est assez long, il retrace correctement la situation. Le lendemain matin, j'ai la grande surprise de découvrir ma photo et celle du directeur adjoint en première page des journaux régionaux. Les commentaires en pages intérieures retracent fidèlement nos propos tant sur la situation que sur les mesures d'aide proposées. Je ne m'attendais pas à une couverture médiatique aussi importante. La cérémonie des obsèques le mercredi sera fortement médiatisée.

Le mardi, à la demande d'un des médecins présents, une de mes collègues et moi-même avons accepté de participer à une table ronde organisée par une journaliste pour un magazine qu'elle préparait pour la télévision. Nous sommes six ou sept réunis dans une salle de classe ; la journaliste veut connaître le dispositif d'aide utilisé et nos impressions sur ses effets ; elle pose des questions aux uns

et aux autres, les caméras tournent. Je suis frappé de son attitude, cherchant à pousser les personnes à bout par des réflexions ou questions provocatrices. Lors de la diffusion du magazine, je découvre, furieux, qu'il s'agit d'une émission absolument différente de ce qui avait été annoncé. La journaliste veut démontrer à travers différents reportages ou interviews que les aides psychologiques après un drame sont inutiles voire nocives. De la table ronde réalisée dans l'école, ne sont montrées que des images ; aucun propos tenu n'est repris, car contraire à la thèse qu'elle veut promouvoir. Ma collègue, que je retrouve le lendemain, est aussi outrée que moi par la manipulation dont nous avons été victimes. L'intervieweuse a bien sûr le droit d'avoir des opinions différentes des nôtres, mais qu'elle camoufle sciemment son intention nous interroge sur son honnêteté intellectuelle et ses principes déontologiques. Nous transmettons notre sentiment au médecin qui nous a engagé à répondre aux questions ; il se montre lui aussi surpris. Cette déconvenue m'a servi de leçon : collaboration certes, mais également grande vigilance.

Dans ces périodes difficiles pour la vie d'un établissement, il est nécessaire de filtrer les appels des journalistes, de réserver également certaines lignes téléphoniques pour continuer à assurer le contact indispensable avec les autorités et les équipes de soin. Par ailleurs, une attention particulière doit être portée aux secrétaires et aux personnels d'accueil ; ils occupent une position d'interface très exposée : les appels angoissés des familles, les communications des officiels passent d'abord par eux. En cas de crise majeure, un temps d'écoute doit leur être proposé par les équipes d'assistance.

Pour clore ces paragraphes consacrés au lien avec les médias, rappelons que parler face aux journalistes, en des circonstances dramatiques, nécessite beaucoup d'énergie psychique et comporte des risques pendant la conférence, mais aussi après. Quelques heures après l'enregistrement, en visionnant les images, on peut constater des attitudes personnelles inappropriées ou des propos inadéquats. En écoutant les commentaires, on peut se sentir incompris, blessé voire dévalorisé. Rappelons pour mémoire le tollé qui a suivi les propos du psychologue expert dans l'affaire d'Outreau. Il avait comparé les honoraires de sa charge à ceux d'une femme de ménage et semblait, par là, vouloir justifier son erreur de jugement. On peut penser qu'en fait c'était un raccourci du proverbe « le temps, c'est de l'argent » et que cette charge n'est pas rémunérée à la hauteur du temps nécessaire. Une autre formulation aurait été plus heureuse. Il peut être prudent pour les professionnels de l'aide de veiller à ces risques et de soutenir les responsables qui ont la tâche difficile d'assurer la communication officielle. Ce n'est pas sans fondement que la personne qui assure le lien avec les médias se trouve pour un temps au centre de la cible des cercles de vulnérabilité. Certaines personnes supportent ce type de tension, d'autres se montrent moins résistantes ; d'où l'importance de partager les tâches et de travailler en équipe.

8. Vers des équipes pluridisciplinaires

La confrontation aux situations de crise majeure nous a fait toucher du doigt la nécessité d'y répondre en équipe pluridisciplinaire. La réflexion qui en découle a permis de dégager des principes de base qu'on peut situer sur deux plans, l'un relatif aux actions concrètes de terrain et l'autre à une prévention globale. Tout cela favorise la mise en œuvre de réponses adaptées à différents niveaux : départemental, régional, national et même international.

8.1. Au cœur de l'action menée sur le terrain

Chaque situation de crise complexe a des implications dans plusieurs des domaines suivants : institutionnel, pédagogique, psychologique, médiatique, juridique, éthique, spirituel, etc. Lorsque des professionnels différents sont amenés à agir conjointement ou successivement, la cohérence de leurs actions va être conditionnée par la coordination qu'ils vont parvenir à mettre en œuvre. La position du psychologue de l'éducation à la fois dans et hors de l'établissement, sa sensibilité aux dysfonctionnements individuels ou collectifs lui permettent souvent, avec l'expérience, d'être le pivot de cette coordination.

La demande qui parvient au psychologue ou à son service n'est pas forcément ou uniquement ciblée sur le plan psychologique. Dans bien des cas, il y a explicitement ou implicitement une demande de conseils pour aborder ces différents domaines. Fédérer, organiser, dégager des priorités : c'est le rôle de la cellule d'accompagnement qui est à mettre en place pour soutenir le chef d'établissement.

Si les ressources internes à l'établissement sont insuffisantes pour couvrir les différents domaines impliqués, il convient de se connecter aux ressources existantes dans les réseaux de proximité. Ces réseaux doivent être développés progressivement, régulièrement et en fonction des situations rencontrées. Le maillage sera d'autant mieux établi qu'il y aura eu des échanges et des évaluations à propos des interventions réalisées une fois « actée » la sortie de crise.

8.2. Vers une prévention globale

Les situations de crise majeure ont fréquemment un écho qui dépasse le contexte local. Elles demandent des réponses différenciées qui sont, le plus souvent, à donner sous le feu des projecteurs. Il est donc évident que celles et ceux qui pourraient être amenés à intervenir selon leur responsabilité ou leur fonction ont tout intérêt à s'y préparer en s'informant et en se formant, en s'organisant et en s'associant pour apporter les réponses appropriées et limiter les dégâts occasionnés par ces drames. C'est ce qui explique l'organisation déjà mise en place et celle que nous préconisons.

À titre d'exemple, nous exposerons ci-après succinctement comment cela se traduit au sein du réseau de l'Enseignement catholique.

8.2.1. Mise en place progressive d'une coordination

Dès les premières situations, au sein de notre Association nationale des psychologues de l'enseignement catholique (ANPEC), nous avons éprouvé la nécessité de nous organiser. Nous avons divisé le territoire national en cinq grandes régions : Nord, Ouest, Ile-de-France, Sud-Ouest, Rhônes-Alpes. Dans chaque région, nous avons désigné un psychologue pour aider à gérer les situations de crise ; il est devenu le coordinateur régional. Ses collègues moins expérimentés pouvaient le contacter et prendre conseil. Pour les situations très graves, le coordinateur pouvait venir l'épauler sur place.

Ces cinq psychologues ont été regroupés dans une coordination nationale, avec l'un d'entre eux nommé coordinateur national. Ce groupe a plusieurs fonctions. Il permet aux psychologues de répartir la charge de ces situations par une supervision mutuelle, d'envisager les actions à entreprendre et à développer. En cas de drame majeur, ce groupe pourrait coordonner une aide nationale. Collectivement, nous avons organisé des formations. Nous avons préparé deux documents, l'un destiné aux psychologues, l'autre aux responsables d'établissement, puis écrit cet ouvrage.

8.2.2. Conception et réalisation de formations

Ces formations ont paru suffisamment pertinentes et appréciées pour être reconduites. Elles sont l'occasion d'affiner les outils et, surtout, la culture commune. Les cinq journées d'apprentissage pour psychologues sont réalisées selon les recommandations de l'*European Training Center* (ETC) et reconnues officiellement par l'*International School Psychology Association* (ISPA).

Plus récemment, les psychologues coordinateurs ont été sollicités pour former les responsables institutionnels et les chefs d'établissement. Ces formations contribuent à développer le partenariat et le travail en réseau aux différents niveaux de responsabilité.

8.2.3. Constitution d'un réseau de partenaires extérieurs

Certains centres hospitaliers régionaux ont créé une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) qui intervient en lien avec le Samu. Ainsi, quand il y a mort d'un élève ou d'un membre de l'équipe éducative dans l'enceinte de l'établissement scolaire, le chef d'établissement fait appel au Samu. Les habitudes sont différentes d'un département à l'autre. Parfois, les psychiatre et psychologue de la CUMP prennent en charge les soins immédiats sur place. Ces spécialistes consultent aussi dans des services hospitaliers qui accueillent victimes, traumatisés psychiques et personnes en détresse. Les psychologues de l'éducation ont donc intérêt à être en contact avec eux puisqu'ils seront amenés à collaborer lors de drames majeurs.

Une cellule de crise existe en principe dans chaque académie. C'est auprès d'elle qu'on peut obtenir les coordonnées des personnes à contacter (psychologues scolaires, médecins scolaires, inspecteurs de l'Éducation

nationale, juristes, etc.). Parfois, certains de ses membres vont contribuer directement à la gestion d'une situation de crise. Il s'agit là aussi d'un contexte « ressource » avec lequel il convient d'être en lien.

Des collègues psychiatres et psychologues acceptent d'intervenir dans ces situations (en général, ils ont reçu une formation spécialisée). Ils sont du secteur public (CMP ou autre service) ou du secteur privé (travail en libéral). Il est important d'être en lien avec ces spécialistes susceptibles de recevoir rapidement des personnes qu'on va détecter en détresse psychique ou comme potentiellement à risque.

Les services du ministère de la Justice peuvent également fournir assistance et soutien auprès des victimes (Damiani, 2009).

8.3. Place du soutien spirituel

Les situations de crise majeure sont toujours dramatiques. Dans la majorité des cas, une ou plusieurs personnes ont perdu la vie ou risquent de la perdre. Les victimes, les témoins, les impliqués sont donc confrontés à la mort d'un être proche ou connu, et parfois à l'éventualité de leur propre disparition. Qu'on le veuille ou non, va surgir la question du sens de l'existence et de l'au-delà.

Dans l'enseignement public et catholique, des personnes formées à l'animation religieuse sont à la disposition des équipes enseignantes et des jeunes. Elles permettent une approche spécifique des moments clés de l'existence. En ces circonstances dramatiques, ces personnes ont un rôle majeur à tenir. D'une part, elles vont faciliter le questionnement sur le sens de la vie et l'accès aux croyances ; d'autre part, elles donnent sens aux rituels sociaux et religieux qui accompagnent les funérailles et la période de deuil, quelles que soient les convictions de la personne décédée. Toutes ces actions se font ou doivent se faire dans le respect des consciences et des convictions des familles.

Quand la communauté éducative est éprouvée, que chacun a besoin de se rapprocher et d'échanger, de se recueillir, ces personnes vont offrir des espaces leur permettant de le réaliser (lieu, temps, écoute, etc.).

Le représentant religieux accueille les jeunes qui souhaitent échanger avec leurs camarades. Il leur permet d'exprimer leur désarroi, leur incompréhension, leur révolte et leur peine. Il va favoriser les échanges autour des questions sur leurs croyances, puis les inviter à se mobiliser pour un hommage et organiser un temps de recueillement.

Quand vient le moment de rendre hommage à la personne disparue et d'aider à la préparation des funérailles, ces animateurs vont contribuer activement à la mise en place des actions collectives, que ce soit à l'intérieur de l'établissement ou en lien avec les communautés religieuses locales (catholique, réformée, musulmane, etc.). Dans chacune des religions, ce moment participe au processus de deuil et favorise les facteurs de résilience.

Le cas clinique suivant relate une forme de soutien spirituel qui s'articule avec les autres soutiens mis en œuvre.

Cas clinique

Trois jours avant le départ pour les séjours linguistiques à l'étranger des classes de quatrième et troisième, Solange, élève en troisième s'est suicidée par pendaison. La directrice du collège a demandé de l'aide pour faire face à une situation d'autant plus délicate que d'autres élèves avaient également fait des tentatives de suicide les mois précédents.

Très rapidement, une cellule d'accompagnement s'est mise en place. Il fallait prendre des mesures pour gérer l'annonce du décès et son effet sur les jeunes. Il fallait aussi décider s'il convenait ou non de maintenir les séjours linguistiques à l'étranger. Ce maintien faisait débat, avec parmi les arguments avancés, le fait que les camarades de la jeune ne pourraient être présents à ses funérailles.

L'avis des psychologues fut suivi : il était souhaitable de poursuivre ces projets préparés de longue date, à condition de laisser libre choix aux élèves proches de Solange de s'y joindre ou non. Mais il fallait d'abord permettre aux jeunes d'exprimer leur émotion et leur peine.

La disponibilité, la réactivité, le travail en réseau ont permis à l'équipe éducative, avec l'aide précieuse de leur animateur, de faire face à la situation et d'organiser un hommage à l'élève décédée le samedi matin précédant les départs à l'étranger. L'animateur a ouvert une salle pour accueillir les élèves qui voulaient échanger entre eux. Il les a aidés à préparer l'hommage à leur camarade. Puis, il a participé à l'organisation du temps de recueillement du lendemain.

Le samedi matin, l'hommage s'est déroulé dans la plus grande salle de l'établissement, en présence de nombreux jeunes, des camarades de classe, des enseignants, de la famille de Solange. Il était animé par la directrice, un collègue chef d'établissement et l'animateur. Ils ont favorisé la participation active des amis et camarades de Solange qui avaient préparé textes, chansons, témoignages.

Ce temps de recueillement et de partage a été très émouvant et poignant. La famille, les proches de Solange, qui étaient encore sous le choc de ce drame, ont pu y exprimer leur douleur et prendre conscience de la réalité de sa disparition.

Le lundi matin, tous les élèves étaient présents pour le départ en voyage de classe.

Quand on vient d'apprendre la mort d'une personne qu'on connaissait bien et qu'on aimait, cette nouvelle envahit l'esprit. On peut se sentir perdu, avoir peur, être malheureux, et ne pas savoir à qui se confier. On a alors besoin de rencontrer des adultes qui vont nous aider à prendre conscience de la réalité de cette disparition et du fait que nul ne peut échapper à la mort, réalité angoissante pour chacun de nous. Mais en même temps qu'on découvre ces sentiments, on est amené à saisir qu'on n'a pas fini de vivre et que cette vie a du prix. On apprend aussi que, s'il est compréhensible d'être triste, viendra le temps où on pourra dépasser cette tristesse sans pour autant oublier la personne disparue, parce qu'on aura su garder des souvenirs, notamment les moments heureux partagés avec elle.

Ce cheminement, qui contribue au travail de deuil, doit pouvoir être amorcé par ceux qui vont accompagner la situation de crise. Psychologues et représentants religieux ont un rôle complémentaire à tenir dans ce domaine puisqu'ils vont favoriser l'expression des ressentis, les échanges

entre pairs et impliqués, la mobilisation de la « résilience ». Les représentants religieux peuvent en particulier apporter leur savoir-faire dans l'aide à la compréhension et à la mise en place des rites liés aux funérailles, dans l'abord des questions existentielles liées aux différentes croyances.

Idéalement, l'approche pluridisciplinaire est nécessaire, car elle permet d'apporter aux victimes et impliqués les différentes aides dont ils peuvent avoir besoin. Il est souhaitable de parvenir au plan départemental ou régional à organiser des partenariats qui peuvent être activés en cas de crise majeure. Lorsqu'une pluridisciplinarité peut se mettre en place, sans friction importante, l'aide aux victimes s'en trouve améliorée et le niveau de stress des intervenants diminué. Lors des rencontres internationales, les représentants de tous les pays constatent les difficultés de mise en œuvre de cette pluridisciplinarité.

9. Évaluation du protocole et mise en œuvre

En sciences humaines, pour évaluer un dispositif, diverses procédures sont possibles. Pour les interventions auprès des impliqués, on ne peut utiliser de critères précis, car les outils de mesure n'existent pas et, dans les circonstances dramatiques, il n'est guère possible de faire remplir un questionnaire ou de réaliser un entretien d'évaluation. Ce serait pour le moins déplacé et très mal ressenti. Pourtant, la question de l'évaluation demeure : au-delà des effets de mode ou des affrontements idéologiques, quels effets positifs ou négatifs engendrent habituellement les actions conduites auprès des personnes endeuillées en milieu scolaire, à court et moyen terme ? Si les résultats se montrent plutôt favorables, quelles précautions prendre pour une mise en œuvre correcte ? Par ailleurs, le cadre du « protocole de base » paraît-il opérant ou inadapté ?

En l'absence d'évaluation « académique », nous proposons une approche centrée sur les convergences qui apparaissent au sein des organismes professionnels, au plan national comme international. L'évaluation se fait selon les mêmes modalités que celles retenues, en France, par le ministère de la Santé lorsqu'il organise des « conférences de consensus ». Sont réunis des spécialistes d'un domaine, des représentants des associations de malades, des journalistes, diverses personnalités. Des experts de différents pays font le point sur les pratiques de soin qui paraissent optimales à ce jour, puis présentent des recommandations pour améliorer les soins. Les membres de la conférence peuvent bien sûr réagir aux propositions avant de rédiger, par la suite, un rapport qui servira à orienter la politique de santé. En 2000, par exemple, une conférence de consensus a été réunie sur la gestion de la crise suicidaire. Les recommandations prévoyaient, entre autres, l'organisation de formations spécifiques réservées aux acteurs du soin et de la prévention. Grâce à cet effort et au nouveau mode de prise en charge des malades, on a assisté à une baisse de plus de 10 % du nombre des suicides.

Nous conduirons l'évaluation en nous appuyant sur des constatations empiriques, en nous référant aux principes édictés par un des premiers « théoriciens » des interventions immédiates, puis en reprenant les appréciations techniques des praticiens à propos du dispositif utilisé. Conscients des limites de notre approche évaluative, nous avons souhaité varier les points de vue afin d'obtenir le maximum d'éléments pertinents.

9.1. Constatations empiriques

Voir fiche D6, p. 200

La parole revient tout d'abord aux premiers concernés, les proches des victimes et les impliqués. Après 10 ans d'expérience et près d'un millier d'interventions, un premier constat s'impose. Plus des quatre cinquièmes des personnes assistées ne formulent pas d'avis négatifs. Quelques personnes peuvent se montrer agressives voire procédurières. Mais la majorité des jeunes et des adultes verbalisent spontanément qu'après une intervention ils se sentent mieux ; parler leur a apporté soulagement et soutien. Cette évaluation ne repose pas sur un décompte précis mais sur une simple estimation visant à refléter la réalité. Les réactions des impliqués évoquées ici concernent principalement le court terme. En effet, habituellement, nous ne revoyons pas les personnes et ne connaissons pas précisément leur évolution, sauf lorsque des complications adviennent. Globalement, les bénéficiaires apprécient le soutien apporté, ce qui constitue le critère évaluatif essentiel, surtout dans un environnement social et culturel où la souffrance liée à la mort est trop souvent refoulée.

La parole échoit ensuite aux responsables institutionnels, principalement les directeurs et directrices des établissements concernés. L'immense majorité d'entre eux émettent des avis positifs (plus des neuf dixièmes) ; en cas de nouveaux drames, ils n'hésitent pas à faire appel, pas nécessairement pour une intervention lourde, mais pour conforter leurs initiatives. A contrario, aucun responsable sur près d'un millier d'interventions ne nous a jamais signalé un effet désastreux ou néfaste après une des actions. Les précautions méthodologiques et éthiques que nous prenons systématiquement sont pour une grande part pour éviter des dérapages toujours possibles : perturbation excessive, nouveau suicide, rumeurs destructrices, etc. Dans l'établissement scolaire, les effets bénéfiques d'une intervention sont le plus souvent ressentis sur le court et le moyen terme. Toutes ces réactions positives constituent un indicateur important pour l'évaluation du dispositif, car dans d'autres domaines d'intervention des psychologues ou des pédagogues, les critiques peuvent fuser et le taux de satisfaction stagner bien bas. La réactivité des psychologues, le soutien qu'ils peuvent apporter en cas de drame ont souvent eu une conséquence inattendue : l'amélioration de leur image professionnelle auprès des responsables institutionnels.

La parole revient enfin aux intervenants. Globalement, ces volontaires pensent que leur action est utile et nécessaire car elle empêche des blocages et conforte les résiliences spontanées. Le repérage des personnes en grande difficulté se fait plus rapidement, mais les professionnels constatent tous que l'intervention sur place reste insuffisante pour aider les personnes réellement traumatisées. Les contacts qu'ils ont assez souvent avec les psychologues ou médecins hospitaliers après les crises majeures confirment la réalité des difficultés psychiques réactionnelles : après chaque drame, des jeunes mais surtout des adultes ont besoin d'un suivi personnalisé. Lors des séances d'analyse de pratique, tous les intervenants soulignent enfin la difficulté de ces interventions d'urgence comme la nécessité du travail en groupe. Bien évidemment, l'évaluation des psychologues de l'éducation doit être prise avec certaines précautions car, dans ces circonstances, ils sont à la fois juge et partie.

La mise en action du protocole d'assistance peut parfois, malgré les précautions prises, se révéler insuffisante pour endiguer les angoisses des impliqués. La situation relatée ci-après retrace un choix inapproprié dans le mode d'assistance. Le texte reprend l'analyse faite, quelque temps après, par l'équipe concernée et décrit les améliorations proposées. La concertation après les interventions permet ainsi d'évaluer les dispositions prises et d'apporter, si nécessaire, des améliorations au dispositif global.

Cas clinique

Un week-end précédant Noël, deux jeunes se sont tués lors d'un « jeu » mortel. Il s'agissait de foncer à scooter depuis un chemin en forte pente, de traverser une route importante, sans la moindre visibilité, en brûlant le stop de l'intersection. Une conduite ordalique qui se solde par deux morts : un lycéen, conducteur de l'engin, et sa passagère, élève de collège. Une dizaine de jeunes, membres du groupe d'amis, élèves au même collège, étaient présents ; ils ont tous assisté au choc. Le lundi matin, le directeur du collège où était scolarisée la passagère appelle en demandant de l'aide. Malgré la période des vacances, il a réussi à joindre le maximum d'enseignants pour l'enterrement.

Le jour de la rentrée, nous partons à deux vers le collège. Dans le bureau du directeur, avec qui nous faisons un dernier point, nous voyons surgir plusieurs professeurs affolés : *« Il y a encore des élèves qui prennent le sens interdit en vélo, sans éclairage, ils sont fous, il va y avoir d'autres morts ! »* Nous découvrons que plus de 100 jeunes souhaitent nous rencontrer. Comment allons-nous faire ? Il est trop tard pour rappeler du renfort et nous ne pouvons rester sur place que la matinée. Nous choisissons de parer au plus pressé mais non sans inquiétude.

Nous voyons en priorité les élèves de la classe où était scolarisée la jeune fille décédée. Ces jeunes de troisième, pourtant volontaires, se montrent réticents, en particulier les témoins du drame qui s'est déroulé il y a presque 3 semaines. Nous sommes surpris de leur « amnésie » au sujet du vécu de l'accident. Nous leur laissons la possibilité de revenir un autre jour s'ils le souhaitent. Pour les nombreux élèves de sixième, nous choisissons de les regrouper tous ensemble dans la grande salle de l'établissement ; le directeur est présent. Ensemble, nous

répondons succinctement à leurs questions qui portent principalement sur les circonstances de l'accident. Nous ne pouvons nous empêcher de leur rappeler des conseils de prudence quand ils se déplacent à vélo. Nous indiquons qu'ils peuvent parler à leurs parents ou à leurs professeurs s'ils repensent souvent à cet événement douloureux et précisons que nous ne pourrons pas les recevoir le jour même, faute de temps. Nous quittons la salle 20 minutes plus tard, peu satisfaits de cette rencontre « informative », sans avoir pu mesurer si des jeunes vivaient des angoisses importantes.

Un groupe d'enseignants nous attend dans un autre endroit ; nous les rejoignons aussitôt. Ils ont une vraie demande d'aide et s'inquiètent sur la conduite à tenir. Certains évoquent des soucis personnels ou des deuils familiaux récents. Pendant cette rencontre, trois jeunes viennent frapper aux carreaux. Des élèves de troisième, déjà vus une heure plus tôt, veulent absolument nous retrouver. Nous abrégeons avec les enseignants en leur expliquant le temps limité dont nous disposons.

Dans le petit groupe, une jeune fille se sent mal, sanglote, submergée par l'émotion. Ses camarades lui tiennent la main. Les deux psychologues ont l'impression d'assister à une véritable transfusion, non pas sanguine mais psychique. Pour favoriser l'expression, l'un des intervenants pose les questions inductrices habituelles. La jeune témoin ne réagit pas aux souvenirs visuels mais sursaute à la question portant sur ce qu'elle a entendu : *« Oui, je me souviens très bien du bruit terrible quand les corps sont retombés. »* Elle évoque tout ce qu'elle a vécu depuis le « bruit terrible » : tenir la main de son copain mourant, accueillir la mère du garçon, etc. Elle parle alors sans retenue pendant plus de 30 minutes. Nous apprenons qu'aucun soutien psychologique ne lui avait été proposé à l'hôpital où elle était pourtant restée plusieurs heures avec les familles. Cette jeune adolescente peut évoquer son épuisement actuel qu'elle ne mesurait pas avant la rencontre de ce matin. Nous lui conseillons de se faire aider et lui indiquons différentes possibilités.

Sur le chemin du retour, entre collègues, nous partageons notre insatisfaction de n'avoir pu réaliser un travail correct et de n'avoir peut-être pas détecté des jeunes en danger. Nous pointons une évaluation initiale trop optimiste et prenons conscience de la difficulté à gérer à la reprise des cours les drames survenus pendant les vacances.

Quelque temps après cet événement, l'équipe d'intervention a refait le point et essayé d'analyser la pertinence de l'aide apportée. Pour l'évaluation initiale de la gravité, nous avions utilisé la grille des 4 R et réalisé la grille suivante en fonction des éléments dont nous disposions.

Réalité	Faible	Moyen	Élevé
Résonance	Faible	Moyen	Élevé
Risque	Faible		Élevé
Résilience	Élevé	Moyen	Faible

Une fois sur place, nous nous sommes vite rendu compte que la situation était différente de celle prévue initialement. Une grille évaluative mieux renseignée aurait donné les résultats suivants.

Réalité	Faible	Moyen	Élevé
Résonance	Faible	Moyen	Élevé
Risque	Faible	Moyen	Élevé
Résilience	Élevé	Moyen	Faible

Nous avions sous-estimé la « résonance », car il nous semblait que 3 semaines après l'événement, le vécu douloureux devait être atténué. En fait, il n'en était rien, notamment car aucune aide spécialisée n'avait été apportée immédiatement aux nombreux témoins, tous scolarisés dans la même classe.

Nous avions sous-estimé le « risque », car les jeunes avaient créé des blogs (700 visites le premier mois) et idéalisé la conduite du motocycliste imprudent. Les deux jeunes décédés étant des leaders, leur mort avait eu un impact important et durable. L'absence d'encadrement au sein du collège, liée à la période des vacances, n'avait pu contrecarrer les rumeurs et les idéalisations excessives. Heureusement, la presse locale avait fait une relation très mesurée de l'accident, sinon le facteur risque aurait été majoré.

Une conclusion s'est imposée : nous n'aurions pas dû intervenir dès les premières heures de la rentrée, mais dépêcher un psychologue sur place pour réaliser une évaluation in situ et compléter notre première estimation. En fonction de cette seconde évaluation, nous aurions déclenché un dispositif plus conséquent d'aide psychologique : une journée entière et un nombre plus important de professionnels. Intervenir 3 ou 4 jours plus tard dans ce cas de figure n'était pas inadapté. Nous aurions dû également demander à un gendarme de participer dès le départ à la cellule d'accompagnement afin d'envisager rapidement une surveillance de la rue en sens interdit et de prévoir un rappel sur les règles de sécurité routière – celui que nous avions improvisé devant le groupe d'élèves n'avait pas favorisé par la suite les échanges avec les jeunes. Cet échec relatif de l'intervention ne fut pas une vue de l'esprit : le groupe classe a été très difficile à gérer par les éducateurs jusqu'à la fin de l'année scolaire et un des élèves a fait une tentative de suicide. Les contacts avec le directeur sont restés excellents. Nous avions demandé conjointement à la psychologue qui intervenait régulièrement dans l'établissement d'assurer quelques permanences supplémentaires Elle a pu ainsi aider des élèves que nous n'avions pu prendre en charge correctement lors de l'intervention de crise.

Pour nous, le dispositif était toujours approprié, mais nous avions réalisé une évaluation erronée et déclenché en conséquence un dispositif d'assistance insuffisant. Suite à cette intervention mal dimensionnée, nous

avons renforcé les procédures d'évaluation initiale en introduisant la possibilité de réaliser une seconde évaluation sur place avant le choix définitif des modalités de réponse. C'est effectivement une disposition qui, en cas de situation complexe, présente un niveau de sécurité supérieur à une seule estimation par téléphone, même réalisée par un professionnel aguerri.

Voir fiche D10, p. 206

9.2. Référence aux critères de Salmon

Les psychiatres militaires français ont organisé les premiers, dès 1915, des soins pour les soldats souffrant de difficultés psychiques réactionnelles. Soins à l'avant et intervention immédiate constituent deux dispositions nouvelles dont on remarque rapidement l'efficacité. En 1917, le psychiatre militaire américain Salmon utilise ce nouveau dispositif et va tirer de cette expérience des principes : immédiateté des soins, proximité du lieu d'intervention, simplicité des moyens et attente d'une guérison rapide.

L'examen de notre dispositif au regard de ces principes adaptés aux interventions d'urgence paraît pertinent et constitue un autre angle d'évaluation. Reprenons donc ces quatre principes les uns après les autres.

L'immédiateté des soins se retrouve dans notre protocole de base puisque toutes les interventions se font dans la semaine qui suit le drame. Précisons cependant que, pour nous, il s'agit de postvention (prévention secondaire ou tertiaire) et non de soins. On repère également le deuxième principe puisque les interventions ont lieu sur place, dans l'établissement scolaire. Au-delà des simples problèmes matériels de transport et d'accueil, se retrouver à l'extérieur de l'établissement scolaire, par exemple à l'hôpital, entraînerait pour les élèves comme pour les professeurs un « ébranlement » supplémentaire. On peut également constater l'existence du troisième critère, relatif à la modestie des moyens. Les techniques utilisées par les psychologues sont assez simples (du moins en théorie) : savoir conduire un entretien clinique et animer un groupe d'expression. Au plan matériel, rien de sophistiqué non plus : une salle et des chaises… Quant au quatrième critère, il correspond à ce que l'on nomme de nos jours la résilience. Effectivement, on croit aux capacités de réaction, on pense que les modes de défense psychique peuvent fonctionner à nouveau assez rapidement, surtout si on les soutient après le choc initial. La reprise du travail scolaire peut s'apparenter à la tâche du soldat, beaucoup plus risquée cependant pour ce dernier, le retour vers le front. On mesure bien que le « retour vers l'arrière » d'un élève, c'est-à-dire au domicile parental, doit demeurer l'exception… Tous les critères énoncés par Salmon se retrouvent bien dans le protocole que nous recommandons. Fournir rapidement, sur place, une aide simple mais professionnelle aux personnes en détresse, croire en leurs capacités de défense permet à la majorité des personnes d'une communauté scolaire de dépasser l'effroi initial.

9.3. Appréciation technique du protocole

Il existe un autre versant de l'évaluation : le retour sur la pertinence de la mise en œuvre. Le protocole a été utilisé par une soixantaine de psychologues, membres des différentes équipes d'intervention de notre réseau. Cette approche diffère du premier point, car elle n'est plus centrée sur le ressenti émotionnel mais sur l'étude de la pertinence des outils. La formation de tous les psychologues volontaires se déroule habituellement sur une période de 3 ans avec deux sessions d'entraînement de 2 à 3 jours chacune. Lors du second temps, nous pouvons faire le point, systématiquement et de manière approfondie, sur l'utilisation du dispositif enseigné lors du premier stage. Les personnes ont pu utiliser suffisamment de fois le protocole pour porter un jugement technique sur son usage. L'évaluation a toujours été dans le même sens : le dispositif est pertinent et bien adapté à l'intervention de crise en milieu scolaire. Le protocole donne un cadre pour penser et organiser l'action non de façon rigide ou pointilleuse, mais de manière assez souple pour pouvoir s'adapter à l'ensemble des situations rencontrées. Le dispositif sécurise le psychologue et, par conséquent, les personnes qu'il doit soutenir et écouter. Les outils, les recommandations n'enferment pas ; au contraire, ils constituent des appuis sur lesquels une clinique peut se développer et s'exercer. Toutes les interventions ne sont pas parfaites ; lorsque le professionnel analyse les dysfonctionnements qui ont pu survenir, il s'aperçoit le plus souvent qu'il a mal géré une étape du protocole, pris par l'inquiétude régnante ou confronté à l'opposition d'un responsable à l'une des mesures préconisées. Cette analyse des dysfonctionnements confirme et renforce l'importance d'une bonne utilisation du protocole.

L'estimation des praticiens se révèle positive sur un autre point. Le protocole est simple dans sa conception, assimilable rapidement par un psychologue n'ayant que quelques années d'expérience, sous réserve cependant de le mettre en pratique. Des psychologues de formations théoriques différentes peuvent également utiliser cet outil sans difficultés particulières, à condition d'être intéressés par l'intervention concrète. On met donc à disposition un instrument facilement assimilable par des professionnels, non dépendant d'une école de pensée ou d'un style de personnalité, ce qui représente un intérêt non négligeable.

L'expérience montre aussi que le protocole respecte assez bien l'évolution psychique habituelle du début d'un processus de deuil. On ne commet pas d'erreurs grossières préjudiciables aux endeuillés si on utilise le dispositif en respectant notamment les différences entre soins immédiats et post-immédiats. Se dégage ainsi un nouveau critère de pertinence.

Un dernier aspect technique concerne l'approche pluridisciplinaire. Une des consignes de base donnée au psychologue est de veiller à ce que la place de chacun soit bien définie dans le dispositif global d'assistance, notamment en fonction du métier d'origine et des besoins immédiats des personnes perturbées. La coordination avec les autres intervenants est à promouvoir et consolider régulièrement : contact avec les administratifs,

les pédagogues et les intervenants extérieurs, etc. Cette attention à l'approche pluridisciplinaire est une des forces du protocole, même si la coopération n'est pas toujours simple à mettre en œuvre.

9.4. Les conditions d'un bon usage

Globalement, le bilan est positif pour chacune des dimensions étudiées précédemment. Ce constat encourageant conforte l'approche retenue depuis une dizaine d'années. La vigilance et la prudence s'imposent cependant, car ces domaines d'intervention, encore nouveaux, restent marqués du sceau de la « jeunesse ». La « maturité » qui s'installe maintenant, grâce au recul de l'expérience et à la coopération internationale, permet de préciser les conditions à respecter pour un bon usage.

Ces interventions en milieu scolaire constituent une sorte de traitement approprié à la gestion de crise, mais comme pour tout médicament, des conditions d'utilisation s'imposent, sinon le « remède est pire que le mal ». On ne peut qu'insister sur ce point auprès des responsables des institutions prenant en charge des jeunes mineurs. Les quelques exemples de mise en place de cellule d'aide psychologique « sauvage » que nous connaissons se sont révélés dommageables pour une bonne partie des personnes assistées. La pertinence de l'adage ancien « *primum non nocere* » (« d'abord ne pas nuire ») se vérifie à toutes les époques. L'aide aux victimes et impliqués demande une qualification certaine, afin de ne pas aggraver les difficultés des personnes venant de subir un choc. Un autre argument milite en faveur de la rigueur : le recours de plus en plus fréquent des parents mécontents ou des victimes aux tribunaux en cas de dysfonctionnement. Pour éviter les complications juridiques toujours possibles à l'issue des moments de crise, mieux vaut faire appel à des professionnels.

Nous pensons que le « protocole classique » représente un dispositif éprouvé et sérieux. Mais notre méthode actuelle ne se veut pas figée : elle peut être critiquée, amendée, perfectionnée. Ce doute est nécessaire ; l'incertitude, parfois inconfortable, permet de rester attentif à la pertinence comme au danger potentiel des techniques et modalités utilisées.

Au terme de ces observations, le protocole apparaît bien adapté à la gestion des crises psychotraumatiques en milieu scolaire ou éducatif, à condition toutefois qu'il soit mis en œuvre par des personnes qualifiées. Les responsables ne doivent donc autoriser que les interventions conduites par des professionnels reconnus et entraînés.

CHAPITRE 3

Fiches techniques pour les psychologues

Nous avons regroupé dans cette partie une série de fiches à l'usage principal des psychologues. Ces outils ont été élaborés pour faciliter la préparation des actions puis leur mise en œuvre. L'expérience nous a appris que les aide-mémoire se révèlent fort utiles dans un environnement chaotique. Ils permettent de se remémorer rapidement les points essentiels et de vérifier si rien d'important n'a été oublié.

Afin de faciliter l'emploi, deux dispositions ont été prises. Tout d'abord, les fiches ont été regroupées en cinq rubriques correspondant aux différentes phases d'une intervention ; nous y avons ajouté une série de fiches spécifiques pour les crises majeures.

De plus, en haut de chaque fiche, le paragraphe correspondant du texte est indiqué. Pour la communication interne et externe, les psychologues doivent consulter les fiches des chefs d'établissement ou directeurs (fiche directeur 1 [D1], etc.) (exemples de courrier, etc.) ou le texte lui-même (liens avec les médias, etc.).

1. Évaluation et diagnostic

Fiche P1

État de stress aigu[1]

Voir chap. 1, 3.1.4., p. 21 et chap. 1, 4.2., p. 50

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents.

1. Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou des événements durant lesquels des individus ont pu mourir

1. F43.0 (308.3), APA, Mini DSM-IV-TR, 2008.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ou être très gravement blessés, ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure, ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.

2. La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

N.B. Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. Durant l'événement ou après avoir vécu l'événement perturbant, l'individu a présenté trois (ou plus) des symptômes dissociatifs suivants :

1. un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle

2. une réduction de la conscience de son environnement (ex. : « être dans le brouillard »)

3. une impression de déréalisation

4. une impression de dépersonnalisation

5. une amnésie dissociative (ex. : incapacité de se souvenir d'un aspect important du traumatisme)

C. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des manières suivantes : images, pensées, rêves, illusions, épisodes de flash-back récurrents, ou sentiment de revivre l'expérience, ou souffrance lors de l'exposition à ce qui peut rappeler l'événement traumatique.

D. Évitement persistant des stimulus qui éveillent la mémoire du traumatisme (ex. : pensées, sentiments, conversations, activités, endroits, gens).

E. Présence de symptômes anxieux persistants ou bien manifestations d'une activation neurovégétative (ex. : difficultés lors du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, agitation motrice).

F. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, ou bien altère la capacité du sujet de mener à bien certaines obligations comme obtenir une assistance nécessaire ou mobiliser des ressources personnelles en parlant aux membres de sa famille de l'expérience traumatique.

G. La perturbation dure un minimum de 2 jours et au maximum de 4 semaines et survient dans les 4 semaines suivant l'événement traumatique.

H. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (ex. : une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou à une affection médicale générale, n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref, et n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant de l'axe I ou de l'axe II.

Fiche P2

État de stress post-traumatique [2]

Voir chap. 1, 4.2., p. 50

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents.

1. Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés, ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure, ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.

2. La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

N.B. Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes.

1. Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions.

N.B. Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

2. Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse.

N.B. Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

3. Impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication).

N.B. Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.

4. Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.

5. Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

2. F43.0 (309.81), APA, *Mini DSM-IV-TR*, 2008.

C. Évitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes.
   1. Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme
   2. Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme
   3. Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme
   4. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités
   5. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres
   6. Restriction des affects (ex. : incapacité d'éprouver des sentiments tendres)
   7. Sentiment d'avenir « bouché » (ex. : pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie)

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes.
   1. Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
   2. Irritabilité ou accès de colère
   3. Difficultés de concentration
   4. Hypervigilance
   5. Réaction de sursaut exagérée

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

À spécifier

Aigu : si la durée des symptômes est de moins de 3 mois. *Chronique* : si la durée des symptômes est de trois mois ou plus. *Survenue différée* : si le début des symptômes survient au moins 6 mois après le facteur de stress.

Fiche P3

Évaluation de la gravité d'une situation : grille des 4 R

Voir chap. 2, 2.1.2., p. 63

	Niveau de gravité faible	Niveau de gravité moyen	Niveau de gravité élevé
1. Réalité des faits Gravité : que s'est-il passé ?			

Critères importants à prendre en compte
Fonction de la réalité objective de la situation. Le degré de gravité est déterminé au départ et ne change pas.
Dépend principalement de :

- décès ou non
- proximité des lieux avec l'établissement scolaire
- nombre d'élèves ou de personnels témoins (faire évoquer les 5 sens)

	Faible	Moyen	Élevé
2. Résonance subjective			

Critères importants à prendre en compte

- Prend en compte la résonance subjective que provoquent les faits
- Indépendant du premier
- Peut concerner une personne, un groupe
- Éminemment variable : peut évoluer entre le début et la fin d'une réunion, d'un temps d'écoute ; peut varier au cours de toute la durée de la crise

	Faible	Moyen	Élevé
3. Facteurs de risque liés à			
Solidité institutionnelle			
Solidité du groupe, de la personne			
Répétition d'événements douloureux			

	Faible	**Moyen**	**Élevé**
Problème dans la communication vers la famille, les ÈlËves, les professeurs			
Problèmes dans la communication vers l'extérieur (DEC, IA, etc.)			
Présence de la presse (locale/nationale)			

Critère indépendant des deux premiers
Éléments à estimer le plus vite possible car ils vont fonctionner comme des amplificateurs.
La force d'une crise dépend beaucoup de ce critère.
Certains facteurs institutionnels ne se révèlent qu'au bout de 2 ou 3 jours.

	Protection élevée	**Protection moyenne**	**Protection faible**
4. Résilience			
Les victimes (blessures physiques ou psychiques)			
Les impliqués			
L'institution			

Indépendant des deux premiers, mais lié au troisième dont il est le pendant positif
Éléments à identifier dès que possible. Ils concernent les éléments de protection, de résilience tant pour les personnes que pour le collectif. Ces éléments sont à favoriser ; leur force peut varier.

Fiche P4

Réactions post-traumatiques possibles[3]

Voir chap. 1, 3.2., p. 25

De la naissance à 2 ans

Quelques repères développementaux

- Affectif : stade oral puis anal.
- Intellectuel : pensée sensorimotrice, mentalisation débutante.
- Social : période fusionnelle puis relation duelle, référence = famille.

Le ressenti de la mort : des éprouvés d'angoisse ou d'abandon peuvent être importants, mais avec quelle mentalisation ?

Points de vigilance

- Un haut niveau d'angoisse peut se manifester par des pleurs, des morsures, des lancements d'objets, des succions de pouce importante, un comportement agité.
- Un haut niveau d'angoisse peut avoir une mémoire « physique », plus rarement, une mémoire « mentalisée ».

De 2 à 6 ans

Quelques repères développementaux

- Affectif : premier bouleversement œdipien, importance du jeu.
- Intellectuel : pensée intuitive et magique, peut confondre réel et imaginaire.
- Social : début de la socialisation, consolidation et développement du langage.

Le ressenti de la mort : la mort est une absence temporaire, réversible.

Points de vigilance

- Capacité de déni moins forte, ce qui peut l'amener au traumatisme plus rapidement que chez l'adulte.
- Joue et rejoue l'événement traumatique.
- Conduites d'attachement anxieux envers les parents, les soignants.
- Devient muet, replié et figé.
- Manifeste de manière répétée des épisodes courts de tristesse.
- Régresse dans son indépendance physique.
- Sommeil perturbé, cauchemars.
- Tout changement dans ses habitudes journalières peut être vécu comme menaçant.

3. Fiche partiellement établie d'après les données intégrées au NOVA MODEL de la National Association of School Psychologists (NASP).

De 6 à 10 ans

Quelques repères développementaux

- Affectif : fin du bouleversement œdipien et entrée en phase de latence.
- Intellectuel : à 7, 8 ans, pensée opératoire concrète.
- Social : importance de la socialisation, coopération plus forte.

Le ressenti de la mort

Entre 5 et 8 ans

- Est vivant ce qui bouge, ce qui se nourrit (aspect fonctionnel).
- Est mort ce qui est insensible, immobile, ce qui ne respire pas.

Après 8 ans : la mort commence à être reconnue comme un phénomène irréversible, irrévocable, pour chaque être vivant.

Points de vigilance

- Le jeu reste le moyen d'expression privilégié.
- Peut avoir une concentration diminuée.
- Parfois, changement radical de comportement.
- Peut fantasmer sur les « événements » et imaginer une fin heureuse.
- Retrait de la confiance accordée aux adultes.
- Plus hésitant dans ses progrès d'indépendance.
- Les dysfonctionnements corporels internes sont normaux.
- Difficulté accrue dans le contrôle comportemental.
- Peut régresser à des stades antérieurs du développement.

De 10 à 12 ans chez les filles et de 12 à 14 ans chez les garçons

Quelques repères développementaux

- Affectif : préadolescence, nouveau bouleversement œdipien.
- Intellectuel : début de la pensée formelle pour certains.
- Social : importance du groupe des pairs, prise de distance avec les références familiales.

Le ressenti de la mort :

Entre 10 et 11 ans : l'enfant aborde les phénomènes de décomposition corporelle.

Points de vigilance

- Devient plus enfantin dans ses attitudes.
- Très en colère vis-à-vis de l'injustice de l'événement traumatique.
- Peut manifester de l'euphorie et de l'excitation du fait d'être toujours en vie.
- Voit des significations symboliques aux événements d'avant l'événement traumatique, comme des présages, et attribue des raisons symboliques à sa survie.

- Contrôle ses pensées et sentiments pour éviter d'être confronté aux pensées de l'événement.
- Peut être très critique à propos de ses propres conduites.
- Peut avoir l'impression d'un avenir raccourci.
- Peut avoir l'impression d'une existence dénuée de sens et sans raison d'être.
- Des maladies psychosomatiques peuvent se manifester

De 12–14 ans à l'âge de 18 ans

Quelques repères développementaux

- Affectif : déroulement de l'adolescence.
- Intellectuel : pensée opératoire formelle.
- Social : importance du groupe des pairs et autonomisation progressive.

Le ressenti de la mort : proche de celui des adultes.

Points de vigilance

- Ils sont souvent soupçonneux et réservés dans leurs actions avec les autres.
- Les troubles du sommeil et de l'alimentation sont fréquents.
- La dépression et l'anomie peuvent tourmenter les adolescents.
- Ils peuvent perdre le contrôle pulsionnel et devenir une menace pour les autres membres de leur famille et pour eux-mêmes.
- Le sentiment d'un monde dénué de sens peut les amener à des conduites addictives.
- La peur que la catastrophe ou la tragédie se répète renforce le sentiment d'un futur tronqué.
- Ils peuvent avoir des maladies psychosomatiques.
- Le stress post-traumatique des adolescents ressemble, en grande partie, à celui des adultes.
- Ils peuvent ressentir de la colère, de la honte, un sentiment de trahison ; et montrer leurs frustrations à travers des actes de rébellion à l'école.
- Ils peuvent choisir de rentrer dans le monde adulte, dès que possible, pour exercer leur contrôle sur l'environnement.
- Critiques, par rapport à leurs propres conduites et à celles d'autrui.
- Leur survie peut contribuer à leur sentiment d'immortalité.

Fiche P5

Techniques possibles pour l'utilisation du modèle BASIC Ph[4]

Voir chap. 1, 3.3.1.2., p. 27

- Repérer dans le discours spontané des impliqués la ou les modalités privilégiées puis les aider à élargir leur palette.
- Proposer les six modalités listées ci-dessous à un groupe, demander de rechercher celles utilisées spontanément par les participants depuis l'annonce du drame.
- Puis favoriser les échanges dans le groupe.

Conseils

Pour faire évoquer les personnes sur les processus de résilience, une phrase inductrice possible : « Qu'est-ce qui vous aide à tenir, maintenant ? »

- Une approche « moralisante » à propos des modalités est à proscrire.

Les six modalités de résilience

B *Believe* (croire)
Les croyances, les valeurs, l'espoir, l'estime de soi, les approches philosophiques ou psychologiques, le sens de la vie, les religions, le mysticisme.

A Affectif
Partage émotionnel, gestes d'affection, appel téléphonique, lettre, courriel, etc.
Expression directe ou indirecte des sentiments.

S Social
Relations : les amis, la famille, les personnes importantes à nos yeux.
Rôle : se sentir toujours membre d'organisations, de réseaux, etc.

I Imagination
Intuition, fantaisie, humour, créativité, improvisation, diversité des intérêts, etc.
Expression créatrice : activités artistiques (peinture, musique, danse, etc.) ; activités manuelles (décoration, bricolage, etc.)

C Cognitif
La compréhension, l'ancrage dans la réalité, la logique, etc.

4. Fiche réalisée d'après le modèle élaboré par le *Community Stress Prevention Center* (CSPC), Tel Hai College, Israël.

Avoir connaissance : des faits précis, de l'information, des plannings, des priorités, des choix possibles, etc.

Ph Physique

Rechercher les sensations, l'action, le combat, etc., ou bien préférer la relaxation, la méditation, etc.

Manger, boire, dormir, avoir des relations sexuelles, travailler, faire du sport, etc

Fiche P6

Créer la cible des cercles de vulnérabilité

Voir chap. 1, 3.7.1., p. 34

1. Tableau préparatoire pour construire la cible de vulnérabilité des impliqués

Inscrire les noms des personnes dans chacune des cases en fonction des critères définis au chap. 1, 3.7.1., p. 34.

Degré de vulnérabilité	Proximité physique	Proximité psychosociale	À risque psychologique		Globalisation de la vulnérabilité des impliqués Superposition des trois colonnes précédentes	Place dans la cible
+++						Cercle central
++						Cercle médian
+						Cercle externe

2. Tableau préparatoire pour construire la cible de vulnérabilité du soutien (page suivante)

Inscrire les noms des personnes dans chacune des cases en fonction des critères définis au chap. 1, 3.7.2., p. 36.

Degré de vulnérabilité	Soutien interne	Soutien externe		Globalisation de la vulnérabilité des « sauveteurs » Superposition des deux colonnes précédentes	Place dans la cible
+++					Cercle central
++					Cercle médian
+					Cercle externe

3. Dessiner les cercles de vulnérabilité

Prévoir une cible assez grande pour pouvoir placer tous les protagonistes et conserver une lisibilité suffisante.
La cible est composée de 3 cercles concentriques.
On trace ensuite un trait vertical passant par le centre de la cible délimitant ainsi deux zones d'égale importance.

- À droite de cette ligne, on va placer, dans les cercles qui conviennent, les personnes impliquées qui se trouvent en situation plus ou moins forte de fragilité. Ces personnes ont été repérées grâce au tableau de vulnérabilité des impliqués (colonne « globalisation »).
- À gauche de cette ligne, on va placer, dans les cercles qui conviennent, les « sauveteurs » qui se trouvent de fait, eux aussi, en situation plus ou moins grande de fragilisation. Ces personnes ont été repérées grâce au tableau du soutien (colonne « globalisation »).

2. Cellule d'accompagnement

Fiche P7

Composition de la cellule d'accompagnement

➸ **Voir chap. 2, 3.1., p. 81**

Nomination

Le chef d'établissement nomme des représentants des différentes « ressources » de l'établissement

- Enseignant
- Personnel éducatif
- Personnel soignant (s'il y en a)
- Représentant institutionnel
- Représentant(s) de parents d'élèves
- Représentant de la communauté religieuse (surtout en cas de décès)
- Personne extérieure qualifiée, si nécessaire

Effectif conseillé

Variable en fonction de la taille de l'établissement (7 à 8 personnes, au maximum).

Critères de choix (dans l'idéal)

- Personnes représentatives et reconnues par leurs pairs
- Personnes de sensibilités différentes
- Personnes compétentes dans différents domaines
- Personnes fiables et solides psychologiquement

Recommandation importante

Respecter le refus d'une personne de participer à cette cellule.

Fiche P8

Fonctionnement de la cellule d'accompagnement

Voir chap. 2, 3.1., p. 81

Recommandations à moduler en fonction des circonstances.

Création/dissolution

- Doivent se faire officiellement et être annoncées à tous.
- Le moment de la dissolution doit être discuté et évalué par tout le groupe.

Animation

- Par le chef d'établissement et/ou le représentant institutionnel.
- Un membre d'une équipe spécialisée peut assister l'animateur (souvent nécessaire en cas de drame).
- S'obliger à faire un ordre du jour même si le cœur n'y est pas.
- Assurer le suivi des décisions.
- Décider qui peut communiquer avec la presse (si elle suit l'événement).

Secrétariat : essentiel que cette fonction soit tenue pour garder trace des décisions.

Lien hiérarchique

- Le lien doit être régulier. Aucune décision importante sans accord.
- Présence de l'autorité de tutelle recommandée en cas de drame majeur.

Convivialité : à renforcer impérativement (café, croissants, etc.).

Confidentialité

- Absolue en ce qui concerne les aspects juridiques.
- Se donner des règles en interne.
- Respecter et faire respecter la vie privée des individus et des familles.

Fréquence des rencontres

- 1 à 2 par jour, les premiers jours d'un drame important ; dans ces situations, la cellule fonctionne la première semaine. Souvent à réactiver en cas de procès.
- Dans les situations moins graves, 2 à 3 réunions sur les premiers jours.

Organisation des rencontres

- D'abord un temps de partage rapide des soucis, des ressentis, des réussites, etc.
- Puis un temps d'étude de tous les problèmes à résoudre.

Fiche P9

Tâches à réaliser par la cellule d'accompagnement

Voir chap. 2, 3.1., p. 181

Prendre les mesures immédiates

- En interne (protéger, assurer la sécurité de tous, prévenir, entrée et sortie de l'établissement, etc.).
- Soutien des élèves.
- Estimer si une aide extérieure ou des conseils sont utiles, puis prendre les contacts nécessaires et coordonner avec ce qui se fait en interne.

Évaluer régulièrement l'état des personnes

- Estimer au mieux l'état psychique général des adultes, des élèves, des familles.
- Estimer au mieux l'état psychique des personnes de l'établissement, impliquées ou proches.
- Soutenir, encadrer les personnels, n'oublier personne.

Réorganiser le fonctionnement

- La reprise des cours, le déroulement habituel d'un jour de classe.
- Les temps de recueillement, la préparation de l'enterrement.
- Les aides psychologiques.

Gérer la communication

- L'annonce du drame et des propositions d'aide.
- Les contacts avec la presse.
- De manière globale : vérifier ce qui est communiqué, ce qui se dit, ce que disent les médias, etc.

Partager toutes ces tâches : entre les membres de la cellule et avec les autres membres de la communauté éducative.

Remettre l'institution en fonctionnement favorise la protection psychique de toutes les personnes.
Reprendre la fonction primordiale de l'école : transmettre des connaissances favorise le retour à la vie.

3. Intervention psychologique immédiate

Fiche P10

Les questions inductrices

Voir chap. 2, 4.2., p. 83

- Où étiez-vous au moment du drame ?
- Avez-vous vu, entendu, senti, perçu quelque chose ?
- Sinon, comment avez-vous appris la nouvelle ?
- Qu'avez-vous pensé ou imaginé ?
- Comment réagissez-vous maintenant, que ressentez-vous ?
- Qu'est-ce qui va vous aider à tenir :
  – Maintenant ?
  – Dans les jours à venir ?
  – Sur qui pouvez-vous compter ?

Fiche P11

Soutien groupal pour les adultes

➸ Voir chap. 2, 4.3., p. 86

Conditions préalables

1. Délai : dans les premières 24 h, inapproprié ensuite.
2. Annonces : par oral ; attention à n'oublier personne.
3. Participation : pour les personnes présentes sur le site, incitation pour que tous assistent au groupe.
4. Conditions matérielles : une salle « tranquille », des chaises en cercle, éviter les allers et venues, portables coupés.
5. Durée totale entre 1 h et 1 h 30.

Premier temps : l'écoute du vécu psychique

1. Objectifs : désamorçage, baisse du niveau de tension, ventilation des émotions, écoute du vécu immédiat, renforcement du soutien groupal, diagnostic.
   Vigilance particulière : aider à mettre en mots le vécu, aider à penser, aider à retrouver du sens, à commencer une mise en perspective. Une approche non directive n'est pas appropriée à ce stade, elle renforce l'angoisse.
2. Présentation : des personnes, de l'objectif de la rencontre, du cadre.
3. Temps d'expression
   - Amorcer et soutenir par des questions, en utilisant les questions inductrices (voir fiche P10).
   - Écouter, donner la parole, reformuler, soutenir sans forcer, répondre si possible aux interrogations.
4. Temps d'explicitation (pour donner du sens)
   - Pointer la diversité des modes de réaction, les rythmes différents, à respecter.
   - Nécessité de faire face, penser à se protéger.
5. Animation : à centrer sur la prise de décision, mais ne pas prendre les décisions à la place des responsables, excepté s'ils ne sont plus en état de faire face aux événements.
6. Communication : que peut-on dire à cette heure de l'événement ? Chacun a-t-il pu rassurer ses proches ?
7. Résumer les points essentiels : le vécu groupal, les aides possibles, la réorganisation de l'établissement.
8. Règles déontologiques
   - Confidentialité.
   - Respect des modalités défensives et des opinions.

9. Suites possibles
   - Consignes et recommandations pour les prochaines heures.
   - Entretiens individuels immédiats.
   - Soins médicaux ou psychologiques individualisés en hôpital, en ville.
   - Soutien psychologique différé à prévoir : pour adultes, pour élèves.

Second temps : aide à la réorganisation de l'établissement

1. Cadre : suit immédiatement le temps d'expression avec les mêmes participants. Le changement de registre est clairement explicité par les animateurs.
2. Objectifs
   - Aider les adultes à reprendre leur fonction.
   - Organiser le fonctionnement dans les prochaines 24 h, notamment le retour et l'accueil des élèves puis la reprise rapide des cours.

   Vigilance particulière : maintenir le cadre rassure les individus désarçonnés.
3. Déroulement
   - Décider, si c'est utile, de la constitution d'une cellule d'accompagnement.
   - Lister les points à étudier, les classer par catégorie (pédagogique, administratif, judiciaire, psychologique, etc.).
   - Hiérarchiser les urgences, répartir les tâches.
4. Animation : à centrer sur la prise de décision, mais ne pas prendre les décisions à la place des responsables, excepté s'ils ne sont plus en état de faire face aux événements.
5. Communication
   - Annonce des aides possibles sur le site ou à l'extérieur.
   - Comment et par qui va être annoncé officiellement le drame aux élèves, aux familles, aux personnels, etc.
6. Cérémonie (en cas de décès)
   - Attendre les souhaits de la famille avant toute décision.
   - Préparation par les élèves après connaissance de la date probable des obsèques.
7. Suites possibles
   - Réunion avec la cellule d'accompagnement pour valider les décisions, et prévoir l'organisation concrète du retour des élèves.
   - Pour les intervenants spécialisés : partage à chaud indispensable et suite à prévoir.

Fiche P12

Soutien en petits groupes pour les élèves

➺ **Voir chap. 2, 4.3., p. 86**

1. Objectifs
   - Désamorçage, baisse du niveau de tension, ventilation des émotions.
   - Écoute du vécu immédiat, renforcement de la confiance personnelle.
   - Aider à mettre en mots le vécu, soutenir les jeunes, répondre à leur besoin de réassurance.
2. Type d'aide : prévention secondaire, pas de thérapie à ce stade.
3. Délai : dans les 48 h.
4. Animation : par un psychologue formé ; incitation de l'adulte souvent utile.
5. Participation : volontariat. Les entretiens par petits groupes (2 à 5 élèves) sont bien adaptés : les jeunes préfèrent souvent cette formule. Ils choisissent si possible la composition des groupes.
6. Durée : entre 20 et 30 min, variable selon l'âge.
7. Règles déontologiques : confidentialité, respect des modalités défensives et des opinions.
8. Déroulement
   - Présentation de l'objectif de la rencontre, temps d'écoute, de reformulation (amorcer et soutenir par des questions si besoin, proposer de dessiner pour les plus jeunes).
   - Temps d'explicitation (pour donner du sens).
   - Parler des forces de résilience, de l'importance du soutien par la famille et par les pairs.
   - Évoquer, si c'est souhaitable, la place de la mort ou des épreuves dans la vie.
9. Suites possibles
   - Contacts avec parents, recommandations pour les jours à venir.
   - Entretien individuel immédiat ou soutien psychologique différé à prévoir dans l'établissement.
   - Soins médicaux ou psychologiques individualisés en hôpital, en ville.
   - Si vigilance à maintenir, avertir le responsable.

Fiche P13

Soutien en classe pour les élèves

Voir chap. 2, 4.3., p. 86

1. Objectifs : désamorçage, baisse du niveau de tension, écoute rapide du vécu immédiat, aider à mettre en mots le vécu, soutenir les jeunes, répondre à leur besoin de réassurance, veiller à rester dans son rôle professionnel.
2. Type d'aide : prévention secondaire.
3. Délai : dans les 48 h.
4. Animation : par un psychologue formé, en coanimation avec l'enseignant des élèves.
5. Indication : technique adaptée aux jeunes élèves de primaire ou de maternelle ; elle les rassure car ils sont en présence de l'adulte référent habituel. *Technique peu adaptée pour le collège et le lycée.*
6. Règles déontologiques : limiter, si possible, les expressions trop personnelles devant le groupe classe, respecter les modalités défensives et les opinions.
7. Durée : entre 30 et 45 min, variable selon l'âge.
8. Déroulement
   - Présentation de l'objectif du temps de parole, reprendre les questions inductrices.
   - Temps d'écoute, de reformulation (amorcer et soutenir par des questions).
   - Proposer de dessiner pour les plus jeunes.
   - Temps d'explicitation pour donner du sens, parler des forces de résilience, de l'importance du soutien par la famille et par les pairs.
9. Suites possibles
   - Contacts avec parents, entretien individuel immédiat.
   - Soins médicaux ou psychologiques individualisés en hôpital, en ville.
   - Soutien psychologique différé à prévoir dans l'établissement.

4. Intervention psychologique post-immédiate

Fiche P14

Lettre aux parents pour annoncer l'intervention de psychologues[5]

Voir chap. 2, 4.4., p. 88, 7.2.3., p. 126

Madame, Monsieur,

M. ……., directeur de l'établissement, a souhaité que des psychologues de l'équipe de crise de …… puissent proposer un temps de parole aux élèves de la classe où était scolarisé …… Dans un premier temps, les psychologues recevront en groupe les élèves volontaires afin de les aider à exprimer leurs émotions puis à réfléchir aux moyens de faire face. Dans un second temps, des entretiens individuels pourront être proposés aux élèves qui le souhaiteraient.

Deux règles sont appliquées :
- Ne sont reçus que les élèves dont les parents autorisent la rencontre avec le psychologue.
- Tout ce qui est exprimé dans le groupe reste confidentiel.

Si nous constations qu'un jeune présentait des difficultés particulières, nous prendrions contact rapidement avec vous.

Généralement, ces temps de parole et d'échange aident bien les jeunes à reprendre pied malgré la douleur de la séparation.

L'intervention aurait lieu le …

Responsable de l'équipe de crise

.....

Coupon à retourner au collège/lycée de ……

M. et Mme ……

autorisent leur enfant mineur à participer au temps d'expression organisé par les psychologues de ……

DATE : SIGNATURE :

5. Fiche établie d'après des documents de la DEC 44.

Fiche P15

Soutien groupal différé pour adultes ou élèves

➺ Voir chap. 2, 4.4., p. 89

Conditions préalables

1. Délai dans les 72 h si possible, ou plus tardivement.
2. Annonces : faire un sondage préalable auprès des élèves délégués, auprès des adultes
   - Si une demande existe bien, faire une annonce officielle par écrit.
   - Pour les élèves mineurs, demander un bulletin d'inscription signé des parents.
3. Participation pour les personnes volontaires uniquement.
4. Conditions matérielles
   - Une salle « tranquille », des chaises en cercle.
   - Commencer à l'heure, éviter les allers et venues, portables coupés.
5. Durée totale entre 1 h et 1 h 30.

Déroulement de l'intervention

1. Présenter : l'objectif de la rencontre, les personnes le cadre et les règles déontologiques.
2. Faire évoquer le vécu

   2.1. Évocation du vécu psychique initial. Il est important de commencer par la première question qui vise à faire parler les personnes du moment initial potentiellement traumatique.
   - Où étiez-vous au moment du drame ?
   - Comment avez-vous appris la nouvelle ?
   - Qu'avez-vous pensé ou imaginé ?
   - Comment avez-vous réagi ?

   2.2. Vécu actuel
   - Comment vous portez-vous maintenant ?
   - Qu'est-ce qui vous a aidé à tenir depuis ?
   - Sur qui pouvez-vous compter ?
   - Y a-t-il des problèmes particuliers qui se posent ?
   - Pouvez-vous vous remettre au travail ?
3. Favoriser l'explicitation pour donner du sens
   - Pointer la diversité des modes de réaction, des modalités défensives.
   - Nécessité de faire face, aide des proches, des pairs, etc.

- Des liens possibles avec l'histoire personnelle ou institutionnelle.
- Penser à se protéger, à se faire plaisir pour supporter l'adversité.

4. Communiquer : sur l'événement, sur ce qui a été dit, sur ce qui a été dit dans la presse, sur les suites possibles communicables (administratives, juridiques, etc.).

5. Résumer les points essentiels concernant : le vécu groupal, les aides possibles, la nécessaire reprise du travail scolaire.

6. Suites possibles
- Entretiens individuels si nécessaire.
- Soins médicaux ou psychologiques individualisés en hôpital, en ville.
- Soutien psychologique différé à prévoir dans une semaine : pour adultes, pour élèves.
- Consignes et recommandations pour les prochains jours.

7. Vigilance particulière
- Laisser un temps suffisant pour l'écoute et l'expression.
- Grande vigilance à l'état « tensionnel » des personnes, du groupe.
- Repérer ceux qui ont encore des flash-back.
- Encore à ce stade, une approche trop directive n'est pas appropriée ; elle renforce l'angoisse.

Fiche P16

Fiche technique pour l'animation de groupe

⊷ Voir chap. 2, 4.4., p. 89

Rôle et attitude de l'animateur

1. Choisir une position centrale et se présenter. Prendre la parole au départ de manière posée ; cela va instaurer un climat de calme et de confiance. Regarder tout le monde, veiller à être entendu, à ne pas parler trop vite.
2. Poser le cadre
   - Mettre des mots sur l'intérêt de partager ensemble sur leur vécu.
   - Poser les règles déontologiques (non-jugement, confidentialité, respect des opinions et de l'expression de chacun).
   - Vérifier que les personnes soient d'accord pour participer.
3. Vigilance particulière
   - Écouter, donner la parole et la stimuler, la soutenir, reformuler.
   - Faire attention à ne pas solliciter la parole trop vite.
   - Expliciter pour donner du sens à l'intervention.
   - Redonner les faits et souligner combien ce drame peut les toucher.
   - Exprimer au groupe la normalité de la diversité des modes de réaction, des rythmes différents.
   - Avoir une attitude stimulante et inviter les « muets à s'exprimer ».
   - En fonction de l'âge et de la capacité de s'exprimer par oral, prévoir des outils adaptés et facilitateurs (dessins, possibilités de faire passer des questions sur des papiers, etc.).
   - Guider les échanges en utilisant les questions inductrices.

Rôle et attitude de l'observateur

- Repérer les personnes les plus « touchées ».
- Être vigilant aux personnes à risque.
- Les identifier pour leur proposer un entretien individuel.
- Ne pas hésiter à aller les voir rapidement.
- Aider au fonctionnement « technique ». Décharger le psychologue animateur de tous les points périphériques à l'animation.
- Être prêt à prendre le relais pour l'animation si le psychologue chargé de celle-ci a besoin d'être soutenu.

Repères pour clore l'intervention

1. La communication : que peut-on dire à cette heure de l'événement ?
2. La mobilisation des ressources individuelles et groupales pour la suite
   - Faire exprimer ceux qui le souhaitent sur ce qu'ils font habituellement pour aller mieux dans les moments difficiles, sur qui ils peuvent compter.
   - Souligner la diversité des ressources.
   - Souhaitent-ils faire quelque chose en groupe ?
   - Solliciter leur créativité pour symboliser leur lien au disparu (c'est une amorce pour la suite de ce temps mais la réalisation se fera ultérieurement).
3. Le rappel des aides spécialisées possibles

5. Entretiens individuels

Fiche P17

Conditions pour les entretiens individuels

Voir chap. 2, 4.4., p. 89, 5.1., p. 93

1. Type d'aide
   - Prévention secondaire, pas de thérapie mais un soutien actif ; centration sur le vécu du patient ; approche semi-directive à privilégier ; chercher à instaurer confiance et chaleur relationnelle.
   - Écoute du vécu actuel ; approche de l'histoire personnelle ; baisse du niveau de tension ; ventilation des émotions ; diagnostic.
2. Délai : répondre rapidement à la demande ou fixer un horaire de rendez-vous.
3. Animation : psychologues formés.
   N.B. Souvent, plusieurs psychologues consultent en même temps dans les salles séparées.
4. Annonce : proposition faite à toutes les personnes, principalement à la fin du travail groupal.
5. Participation : les personnes volontaires uniquement.
6. Conditions matérielles : une salle « tranquille », deux chaises proches ; si demandes nombreuses, prévoir une organisation adaptée et l'annoncer.
7. Durée : prévoir un temps suffisant d'écoute : 20 à 30 min ; pas plus de 45 min.
8. Règles déontologiques : confidentialité, volontariat, respect des modalités défensives et des opinions.

Fiche P18

Déroulement de l'entretien de crise sollicité par une personne impliquée ou victime

Voir chap. 2, 4.4., p. 89, 5.2., p. 94

1re étape : présentation du cadre de l'entretien

« Vous avez demandé à rencontrer un psychologue ; que souhaitez-vous partager et exprimer ? »

2e étape : écoute du ressenti émotionnel

Centrer sur le vécu actuel de la personne et du lien spontané qu'elle établit avec son histoire.
Si l'expression est difficile, aider par les questions inductrices habituelles (voir fiche P10).
Reformulation indispensable ; cela aide souvent la personne à se repérer dans son propre discours.
Limiter l'expression si la personne ne peut s'arrêter.

3e étape : évocation des modalités déjà prises pour « faire face »

Demander à la personne comment elle « tient », ce qui l'aide ou peut la soutenir, comment elle organise sa vie actuellement (ou pense le faire).
L'aider à élargir ses modalités défensives ; ne pas hésiter à faire des suggestions.

4e étape : évaluation de l'état psychique du patient

L'idéal est de pouvoir la réaliser discrètement au fil de l'entretien. Sinon, il est indispensable de poser des questions : forte angoisse actuelle, présence de flash-back, difficultés de sommeil, problèmes alimentaires, pensées envahissantes, sidération persistante, antécédents personnels, deuils récents, idées suicidaires, besoin d'aide psychologique ? Bien entendu, l'attitude corporelle, le comportement participent au diagnostic.
À la fin de cette étape, il faut être capable d'estimer s'il y a un risque psychiatrique à court terme et prendre les mesures adéquates :

- Prévenir les parents si c'est un mineur, donner au jeune des explications adaptées à son âge.
- Essayer de faire alliance avec l'adulte pour qu'il accepte une consultation dans la journée auprès de son médecin traitant ou d'un service spécialisé.

Si la personne n'est pas en état de décider, la faire aider pour une prise en charge rapide ; ne pas la laisser seule.

5e étape : évocation du futur proche

- *Aide immédiate :* « Où vivez-vous ? Où allez-vous dormir, manger ? Qui vous entoure ? Comment allez-vous tenir ? Comment allez-vous vous organiser pour demain ? »
- *Aide post-immédiate :* « Comment vous organisez-vous dans votre vie de tous les jours pour tenir ? Qu'est-ce qui vous fait habituellement du bien dans les moments de tristesse ? Vos amis, votre famille, vos croyances vous sont-ils utiles ? Pouvez-vous retravailler ou poursuivre votre scolarité ? Il y a-t-il des "choses" que vous ne pouvez plus faire depuis ? Une aide médicale ou psychologique serait-t-elle utile ? »

6e étape : Conclusion

Résumer les points essentiels concernant la conduite à tenir. Demander à la personne si elle est d'accord avec ce résumé. Pointer les éventuels désaccords, convenir de la suite à donner.

Suites possibles

- Poursuite des modalités actuelles.
- Soins médicaux ou psychologiques individualisés en hôpital, en ville.
- Soutien psychologique différé à prévoir dans quelques jours.
- Consignes et recommandations pour les prochains jours.

Vigilance particulière

- En immédiat : laisser un temps suffisant pour l'écoute et l'expression spontanée, mais veiller à bien cadrer l'entretien. Ne pas oublier l'évocation du futur immédiat, le concret de la vie quotidienne.
- En post-immédiat : essayer, quand c'est possible et très prudemment, de remettre l'événement douloureux en perspective dans l'histoire de la personne et rappeler la condition mortelle des humains.

Fiche P19

Déroulement de l'entretien de crise demandé par le psychologue

➷ Voir chap. 2, 5.3., p. 95

Cadre

1. Objectifs : établir un diagnostic pour proposer une aide adaptée, écouter le vécu actuel du patient, desserrer l'angoisse, éviter que la personne ne décroche de la réalité.
2. Type d'aide : prévention secondaire, pas de thérapie, mais un soutien actif, approche semi-directive à privilégier. Rechercher à instaurer confiance et chaleur relationnelle.
3. Animation : psychologue formé.
4. Annonce : proposition faite directement mais discrètement à une personne que l'on devine ou que l'on sait en difficulté.
5. Participation : la personne peut refuser ; on insiste si elle paraît en grande souffrance. Généralement, jeunes ou adultes sollicités se montrent soulagés que l'on ait repéré leur malaise.
6. Conditions matérielles : une salle « tranquille », deux chaises proches.
7. Durée : prévoir un temps suffisant d'écoute : 30 à 45 min, ne pas dépasser 60 min, sauf exception. Si une hospitalisation s'impose : l'organiser directement ou indirectement, la personne n'étant plus en état de le faire.
8. Règles déontologiques : confidentialité, respect des modalités défensives et des opinions.

Déroulement

1re étape : présentation du cadre de l'entretien : « J'ai souhaité vous rencontrer car je vous sens en difficulté importante actuellement. J'aimerais qu'on en parle ensemble. »

2e étape : écoute du ressenti émotionnel ; faire parler la personne de son ressenti, lui faire exprimer ses émotions. Si l'expression est difficile, aider par les questions inductrices habituelles (voir fiche P10) ; ne pas laisser trop de silence s'installer. Reformulation indispensable, cela aide souvent la personne à se repérer dans son propre discours. Limiter l'expression si la personne ne peut s'arrêter.

3e étape : évocation des modalités déjà prises pour « faire face » (voir fiche P18).

4e étape : évaluation de l'état psychique du patient (voir fiche P18).

5e étape : évocation du futur proche (voir fiche P18).

6e étape : conclusion. Résumer les points essentiels concernant la conduite à tenir, demander au patient s'il est d'accord avec ce résumé, pointer les éventuels désaccords, convenir de la suite à donner. Savoir prendre des décisions de protection si le patient se trouve dans un état psychologique inquiétant : hébétude, agitation, délire, envahissement de la psyché, pensées suicidaire, etc.

Utilisation d'une fiche d'observation : il est recommandé de la remplir après avoir vu une personne en difficulté. C'est un bon outil :

- pour résumer et consigner rapidement ses observations ;
- pour pouvoir mesurer l'évolution d'un individu, plus tard ;
- pour communiquer l'évaluation aux professionnels de santé qui peuvent intervenir par la suite auprès du patient.

Suites possibles : voir fiche P18.

Vigilance particulière

- Ne pas hésiter à poser des questions précises et directes pour pouvoir évaluer l'état psychique réel de la personne et prendre les mesures appropriées.
- Ne pas hésiter à appeler un confrère ou un médecin pour prendre conseil si on ne sait plus quoi penser ou si on hésite sur la conduite à tenir.
- Veiller à bien cadrer l'entretien ; cela aide les personnes troublées à se ressaisir.
- Surtout, ne pas oublier l'évocation du futur immédiat, le concret de la vie quotidienne : l'ancrage à la réalité aide le patient à sortir de l'état psychotique où l'a peut-être conduit l'impact du choc.
- Si nécessaire, confier ou faire confier la personne en difficulté à un proche avant de la laisser partir.

6. Crises majeures

Fiche P20

Reconnaître une crise majeure dès les premières heures

➻ **Voir chap. 2, 6.1., p. 97**

Cette fiche reprend les critères définis pour l'évaluation initiale.

Réalité objective

Une crise majeure est déclenchée par un fait objectivement grave :

- Mort d'un élève ou de plusieurs (accident ou suicide), dans l'enceinte de l'établissement ou au cours d'une activité extérieure en présence de plusieurs témoins.
- Mort d'un éducateur devant ses élèves.
- Mise en examen d'un personnel éducatif suite à une suspicion d'acte d'agression sexuelle, sur un ou plusieurs élèves.
- Actes de violence majeure sur la personne d'un enseignant ou d'un élève par une personne de l'établissement ou de l'extérieur.
- Attentat dans un établissement, prise d'otages.
- Destruction partielle ou totale d'une école suite à un accident extérieur ou un sinistre (incendie).

Résonance affective (aux premières heures)

- Ce fait grave provoque une onde de choc psychique de forte ampleur, aux répercussions importantes sur les individus soit sur un versant d'inhibition, soit sur un versant d'excitation.
- Cette onde de choc psychique se répand en s'amplifiant :
  - auprès des témoins et des impliqués ;
  - chez le chef d'établissement et ses collaborateurs ;
  - puis auprès des membres de la communauté éducative : élèves, adultes.
- Cette amplification provoque une désorganisation du fonctionnement de l'institution.

Facteurs de risque (aux premières heures)

- La coordination parfois difficile entre tous les « sauveteurs » et intervenants : Samu, pompiers, police ou gendarmerie, procureur, maire, institutionnels, équipe d'aide psychologique, etc.
- L'importance de la désorganisation de l'établissement.
- L'existence de drames récents.

- La qualité des communications en interne et en externe.
- L'arrivée de la presse (elle est présente lors de tout événement majeur).
- Une crise majeure peut aussi advenir dans certaines conditions particulières : au départ, il s'agit d'une crise moyenne, mais le délai d'intervention normal se trouve décalé ou raccourci, ou bien des révélations dans la presse font croître dangereusement l'émotion collective.

Facteurs de résilience (aux premières heures)

- L'aide extérieure des « sauveteurs » et des intervenants.
- Les réactions adaptées des responsables et de la communauté éducative (parents compris).
- La préparation préalable de l'établissement à la gestion de crise.

Fiche P21

Cas des agressions sexuelles : recueil des révélations

➺ **Voir chap. 2, 6.3.4., p. 110**

Démarche à suivre par la première personne qui recueille les révélations.

1. Repérer précisément la nature des faits en recueillant le récit et en le datant.
2. Transcrire les récits sans en déformer l'expression utilisée, le vocabulaire ; y préciser tous les éléments d'observation d'attitudes non verbales et de contexte lié au récit. Faire préciser à l'enfant si cela s'est répété plusieurs fois, le lieu, s'il est toujours en proximité de l'agresseur, s'il en a déjà parlé, et à qui.
3. Ne pas demander à une autre personne d'interroger l'enfant.
4. Identifier à partir de ce premier récit si on se trouve face à des éléments relevant de l'obligation légale de signalement.
5. Valoriser l'enfant, le jeune sur son courage à parler, le rassurer sur la portée de ces propos en parlant de confidentialité, et non de secret car ce sont un vocabulaire et une transaction utilisés par les agresseurs.
6. Faire désigner par l'enfant ou le jeune qui peut être pour lui son interlocuteur privilégié au sein de la communauté éducative, disponible pour être à son écoute même s'il dispose déjà d'un suivi psychologique. Il est important que l'enfant sente se former autour de lui un réseau de protection.
7. Lui rappeler le message fondamental de la transgression d'un interdit par un adulte vis-à-vis d'un mineur, et lever la culpabilité en rappelant l'entière responsabilité de l'adulte.
8. Prendre les mesures conservatoires concernant la protection des victimes, c'est-à-dire s'assurer que l'enfant est dans un milieu soutenant et protecteur. En cas d'absence de parents défendant les intérêts de l'enfant ou de l'adolescent, il est important de saisir les services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE).

Fiche P22

Cas des agressions sexuelles – Accompagnement des victimes, des familles et de l'équipe éducative

⊷ Voir chap. 2, 6.3.6.2., p. 114

La méthode consiste à recueillir les observations et à repérer ensuite les éventuels effets post-traumatiques.

1. **Le groupe classe concerné**
   - *La maltraitance psychologique.* On remarque lors des échanges avec les élèves des liens de nature d'emprise, de dépendance affective excessive ou encore d'humiliation.
   - *Le double lien.* Il s'agit d'une forme particulière de communication fondée sur la double contrainte et une situation d'expérience insoluble. L'élève se trouve donc pris dans la contrainte d'injonctions paradoxales auxquelles il est obligé de répondre compte tenu du statut de l'adulte, l'enseignant, alors qu'il n'y a pas de réponse adéquate.
2. **Les victimes.** Les victimes exposées de manière intensive à un trauma lié à la perversion présentent des signes de dissociation post-traumatique et/ou des signes liés à l'identification à l'agresseur. Dans les deux cas, ce sont des effets post-traumatiques liés à l'agression dont elles ont été victimes.
   - *La dissociation* fait référence à la notion de fragmentation psychique. Ce mécanisme permet de nier une partie d'une réalité vécue par fragmentation du moi et donne un effet de dissociation dans le rapport à la réalité traumatique. Il s'agit d'un déni partiel. Ce déni est mis en œuvre par l'agresseur lui-même en faisant porter le poids de la culpabilité par la victime. En effet, c'est souvent la victime qui a les éprouvés de honte.
   - Le *mécanisme d'identification* à l'agresseur repose sur ce principe de contamination de l'agresseur sur la victime. L'agresseur crée une effraction psychique dont la victime ne peut se dégager que sur un mode compulsif et donc de manière active.
3. **Les familles des victimes.** Dans ces situations d'enfants victimes, il est important de veiller aux droits et à la représentation des intérêts de l'enfant.
   - *Intérêt de l'enfant.* L'administrateur ad hoc pourra être demandé lorsque la constitution de partie civile ne sera pas suffisamment soutenue par le milieu familial. Cette personne désignée par le procureur a comme tâche de coordonner les actions dans l'intérêt de l'enfant.

- *Droits de l'enfant*. Chaque enfant a le droit à un avocat qui peut le représenter de manière séparée de ces parents. L'avocat aide à l'évaluation du préjudice subi et des dommages nécessaires pour permettre une restauration de l'enfant victime.

4. **Les familles de l'école.** En ce qui concerne la gestion de l'angoisse, nous ferons référence à l'idée de résonance, un concept systémique. Les systèmes vont s'influencer les uns les autres ; à partir du moment où un élément d'un système change, les autres systèmes associés changent aussi. L'annonce de la mise en examen d'un enseignant pour présomption de maltraitance à l'encontre de ses élèves bouleverse le système enseignants. Cette annonce va s'étendre aux sous-systèmes des parents de la classe concernée et, par extension, à l'ensemble du système parents de l'école. Cette résonance peut engendrer beaucoup de confusion en fonction des ressentis de chacun ; il y a donc une nécessité à communiquer auprès de tous ces systèmes.
   N.B. Certains de ces éléments pourront être retransmis aux partenaires de l'accompagnement social et thérapeutique, si nécessaire.

Fiche P23

Après le drame – Accueil des élèves

Voir chap. 2, 6.2.2, p. 104 et chap 2, 7.2.4., p. 127

1. **Principe**
   - Cette tâche doit être réalisée par les enseignants auprès de tous les élèves.
   - Les psychologues n'interviennent qu'ensuite auprès des plus touchés.
2. **Objectifs**
   - Permettre une expression collective avant une reprise de l'activité scolaire habituelle.
   - Repérer les élèves en souffrance ou en difficulté importante.
3. **Moyens**
   - Lecture d'un texte d'accueil (identique pour tous) au début de la première heure, par un enseignant accompagné d'un autre adulte auprès des classes concernées (toutes en cas de drame majeur).
   - Dans les classes les plus touchées, un psychologue accompagne l'enseignant.
   - Des parents peuvent également venir seconder.
4. **Préparation du texte d'accueil**
   - Idéal : animation par un psychologue et un pédagogue de l'équipe spécialisée.
   - Construire ce texte avec le maximum d'enseignants concernés, s'appuyer éventuellement sur des textes rédigés lors d'autres crises.
   - Longueur maximale : une page dactylographiée.
   - Dans l'annonce du drame, s'en tenir aux faits et à ce que l'on est autorisé à dire.
   - Ce texte doit être validé par la cellule d'accompagnement.
5. **Déroulement du premier temps**
   - Lecture du texte d'accueil.
   - Discussion avec les élèves sur ce qu'ils savent et ressentent, sur ce qui les aide. Animation par les adultes présents (dessin possible pour les plus jeunes).
   - Annonce d'une aide par des psychologues pour les volontaires (inscription écrite remise au professeur).
   - Durée totale de ce temps : 20 à 40 min, puis activité scolaire adaptée.
6. **Déroulement du deuxième temps**
   - Un psychologue passe dans chaque classe pour recueillir les souhaits des élèves, les avis de l'enseignant.

- Avec ses collègues, il organise la prise en charge de toutes les demandes.
- En cas de drame majeur, prévoir un psychologue pour faire un point rapide avec les adultes lors de la première récréation : vécu des élèves, reprise des cours, vécu des adultes, etc.

7. **Déroulement du troisième temps**
   - Les entretiens d'aide sont mis en place ; seuls les groupes de plus de 10 sont animés par deux psychologues.
   - Une salle indépendante pour les psychologues, pour gérer l'organisation et prendre quelques minutes de repos ou de partage.
   - En cas de trouble important, contact est pris avec les parents de l'élève pour envisager une aide particulière.
   - Des parents inquiets peuvent être reçus dans ce cadre.
   - En fin de journée, un temps d'analyse et de débriefing est organisé entre psychologues.
8. **Suites possibles**
   - Prévoir la suite du dispositif d'assistance selon les demandes et les besoins enregistrés.
   - Rendre compte à la cellule d'accompagnement.
   - Contacts éventuels avec équipes hospitalières ou médecin libéral.
   - Déléguer un psychologue à l'organisation du dispositif d'assistance : organisation globale, Urgences, contact avec autres intervenants, contact avec médias si nécessaire, etc.
9. **Vigilance particulière** : veiller à la coordination de l'ensemble, à la transmission des informations.
10. **Proximité des vacances** : il arrive que des drames surviennent la veille des vacances ou pendant les congés scolaires. L'annonce et l'accueil demandent alors une attention particulière.

Fiche P24

Après une intervention – Débriefing pour les psychologues

Voir chap. 2, 2.3.1.2., p. 76

Il est recommandé de ne pas rentrer chez soi immédiatement après l'intervention : discussion en direct de préférence, à défaut par téléphone. Un débriefing est à prévoir pour les jours suivants.

1. **Objectifs**
   - Relecture « à chaud ».
   - Écoute du vécu immédiat (recueil des émotions, des ressentis, des questions).
   - Libérer la tension accumulée, le stress empathique.
   - Soutien et protection.
   - Temps : selon les besoins.
2. **Cadre :** dans un lieu calme et convivial. S'organiser pour ne pas être dérangé.
3. **Comment.** Questions inductrices possibles :
   - Comment as-tu vécu ce temps d'intervention ?
   - Comment te sens-tu ?
   - Y a-t-il des choses qui t'ont bousculé, dérangé ?
   - Que vas-tu faire pour te ressourcer maintenant ?

   Il est utile de relire ensemble l'intervention.
4. **Contacts extérieurs.** Il est possible d'appeler un collègue de confiance pour réaliser ce travail.
   - Pour l'ANPEC, les psychologues coordinateurs des situations de crise peuvent être sollicités.
   - Pour les autres institutions, se référer aux personnes ressources ou aux dispositifs prévus.

Fiche P25

Contenu d'une mallette

➽ **Voir chap. 2, 6.5., p. 121**

1. Les fiches ou les extraits de texte

- Pour évaluer la situation
  - Définition d'une crise — Chap. 1, 2.1, p. 8.
  - La fiche synthétique des 4 R — Fiche P3
- Pour évaluer la modalité d'intervention — Chap. 2, 2.2., p. 67
- Pour évaluer la vulnérabilité des personnes — Fiche P6
- Pour la cellule d'accompagnement — Fiches P16 à P19
- Préparation de l'intervention
  - Soutien immédiat :
    - groupal — Fiches P10 à P13, P16
    - individuel — Fiches P17, P19
  - Soutien post-immédiat :
    - groupal — Fiches P14 à P16
    - individuel — Fiches P17 à P19
- Crise majeure — Fiches P20 à P23
- Maltraitance — Fiche P21, P22
- Communication
  - Annonce vers élèves, personnel, famille — Fiches D7 à D10,
  - Avec médias — Chap. 2, 7.4., p. 130
- Fin de l'intervention : arrêt du dispositif — Page 107 et 177
- Bon usage d'une cellule d'aide psychologique — Page 150

2. Autres documents nécessaires (sur clé USB et exemplaire papier)

- Liste de personnes à contacter (collègues, responsables institutionnels, professionnels de santé hôpital, préfecture, avec numéros de tel fixe et portable).
- Liste vierge pour pouvoir noter sur place les noms et références téléphoniques des personnes de la cellule d'accompagnement ou d'autres intervenants ou des autorités locales : mairie, gendarmerie, police ou des représentants des cultes, etc.
- Liste de médecins ou psychologues spécialisés.
- Modèles d'annonce du drame, de lettres pour les familles.

3. Matériel (indispensable en cas de crise majeure)

- Badge de taille lisible portant le nom du psychologue, sa fonction et son institution.

- Téléphone portable et son chargeur.
- Carnet d'adresses.
- Aspirine.
- Mouchoirs en papier.
- Eau et gobelets, barres de céréales, etc.
- Papier, crayons.
- Feutres (plusieurs pochettes éventuellement, pour faire dessiner les enfants jeunes).
- Lampe torche, brassard, etc.

CHAPITRE 4

Fiches techniques pour les chefs d'établissement

1. Principales étapes

Le répertoire des fiches que nous présentons dans ce chapitre a été conçu à l'usage des responsables des établissements scolaires. Nous avons voulu préciser, étape par étape, les actions ou questionnements indispensables, en se plaçant du point de vue d'un responsable de communauté scolaire. Ils ont également rassemblé des lettres type ou des canevas de textes informatifs à l'intention des personnels, des élèves ou des familles. Une dernière fiche propose un cadre conceptuel pour préparer les responsables à la prise en charge d'une crise.

Chaque chef d'établissement ou directeur, chaque communauté éducative pourra bien sûr adapter ces fiches en fonction de son environnement et de ses modalités de fonctionnement. Nous nous sommes efforcés de répertorier à chaque étape les points essentiels à ne pas oublier lors de la survenue d'une crise. Cet aide-mémoire adapté à la gestion de crise en milieu scolaire est expérimenté et amélioré depuis plus de 10 ans. Les responsables d'établissement qui l'ont déjà utilisé l'ont jugé très utile et approprié à leurs besoins en cas de difficulté.

Dans les fiches suivantes, des renvois vers les fiches des psychologues ou vers des chapitres du texte ont été réalisés, notamment pour les actions relatives à la communication ou à la mise en place d'une cellule d'accompagnement.

Drames en milieu scolaire
© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Fiche D1

Urgence immédiate/sécurité

Voir chap. 2, 6.4.1., p. 118

- Objectif : **Assurer la sécurité**
- Temps : Immédiat
- Acteur : Chef d'établissement ou suppléant
- Point de vigilance : Essayer de garder la tête froide

Tâches prioritaires

1. Alerter les secours.
2. Soigner les blessés.
3. Protéger, encadrer les élèves et les personnels.
4. Éviter au maximum que les jeunes voient l'accident.
5. Prévenir les autorités.
6. Éloigner les curieux et indésirables.

Besoins réels des personnes venant de subir un choc

1. Être secouru et soigné.
2. Pouvoir contacter ses proches, rassurer sa famille.
3. Être informé, comprendre ce qui vient de se passer.
4. Savoir comment vont se dérouler les prochaines heures.
5. Sentir que maintenant la situation est contrôlée.
6. Recevoir des informations sur ses biens : cartable, vêtements, contenu du casier, etc.

Fiche D2

Annonce d'un drame

Voir chap. 2, 7.2.4., p. 126

- Objectif : **Prendre les premières mesures**
- Temps : T + 3 h
- Acteur : Chef d'établissement
- Moyen tâche : Prise de contact en interne et externe
- Points de vigilance : Une fois la sécurité assurée, ne pas rester seul
  Penser à être aidé pour organiser la suite

À faire

1. Vérifier l'information : faits et l'identité des personnes.
2. S'assurer de la sécurité des personnes (notamment des élèves) et des biens ; éviter les débordements et la panique.

Voir fiche D1

3. Prendre contact avec des personnes de l'établissement et prévenir les responsables hiérarchiques.
4. Prendre contact avec le responsable d'une cellule d'aide psychologique et envisager la possibilité d'une aide immédiate.
5. Réunir une cellule d'accompagnement en interne pour décider la suite de la journée.

Voir fiches D8, D9, D10

6. Modifier son agenda pour la journée et les jours suivants.
7. Penser à la communication en interne et externe. Se rendre disponible pour l'accueil des officiels.

Voir chap. 2, 7., p. 129

Ne pas oublier pour la suite

- Liens avec toute la communauté éducative.
- Estimer les fragilités des adultes.
- Prévoir un contact avec la famille endeuillée.

Fiche D3

Avant l'arrivée des élèves

Voir chap. 2, 6.4.3., p. 120

- Objectif : **Préparation accueil des élèves**
- Temps : T + 24 h
- Acteur : Chef d'établissement et son équipe
- Moyen tâche : Réunion avec l'équipe éducative concernée
- Points de vigilance : Bien associer les professeurs concernés et le personnel d'encadrement

À faire

1. Connaître les réactions possibles après un choc psychique.

Voir chap. 1, 3., p. 141

2. Se rappeler les repères sécurisants des jeunes : l'étayage entre pairs et le soutien des éducateurs.
3. Penser les deux temps indispensables :
   - un temps d'expression des émotions, variable en fonction des circonstances ;
   - la reprise des cours, repère habituel sécurisant pour les jeunes et les adultes.
4. Rédiger l'annonce de l'information qui sera lue par l'enseignant ou le directeur.

Voir fiche D2

5. Prévoir l'organisation concrète : lieux, horaires, personnes, etc.
   Prévoir un responsable de cette organisation concrète : mise en place, gestion des imprévus, etc.
6. Si une aide immédiate psychologique est prévue : prévoir son organisation et désigner une personne référente.

Ne pas oublier pour la suite

- Prévoir une évaluation régulière au cours de la journée de l'état psychique des élèves comme des adultes.
- Prévoir une réunion dans la journée de la cellule d'accompagnement.

Fiche D4

Penser à se protéger

Voir chap. 2, 3.1., p. 81

- Objectif : **Protection des responsables**
- Temps : Toute la durée de la crise
- Acteur : Chef d'établissement
- Moyen tâche : Partage des soucis et des décisions
- Points de vigilance : Savoir écouter ses propres signaux de fatigue ou de désarroi

À faire

1. Une réalité psychique inhabituelle : le directeur est lui-même touché et entouré de personnes fragilisées.
2. Se faire épauler, savoir partager : ces qualités sont essentielles pour « tenir » en cas de crise.
3. Le chef d'établissement garde la décision finale mais partage, durant l'acmé de la crise, les fonctions de décision et de réflexion. Il évite de tout prendre en charge lui-même.
4. Dès que possible, le directeur prévient ses supérieurs hiérarchiques, les autorités, des confrères de confiance. Si nécessaire, il sollicite l'aide de professionnels spécialisés.
5. Pouvoir communiquer ses émotions auprès de ses proches ou de certaines relations de travail est protecteur et indispensable.
6. Pouvoir se ménager des moments de calme, de repos, ne pas être sans arrêt au téléphone ou dans l'action est prudent et nécessaire.

Ne pas oublier pour la suite

- En cas de crise, le chef d'établissement est une des personnes les plus exposées. Il peut faire face sur le moment, mais se sentir très mal dans les semaines ou mois suivants.
- Se préparer à la gestion de crise, anticiper les démarches à suivre se révèle une protection efficace.

Fiche D5

Gestion de la crise à court terme

Voir chap. 2, 4.4, p. 88

- Objectif : **Gestion de la période de crise**
- Temps : T + 3 ou 4 jours
- Acteur : Chef d'établissement et son équipe
- Moyen tâche : Délégation des responsabilités et encadrement des initiatives
- Points de vigilance : Présence et disponibilité de l'équipe de direction

À faire

1. Reprendre le déroulement habituel de la scolarité qui va sécuriser élèves et enseignants, en informant des dispositions prises.
2. Communiquer les nouvelles, les décisions prises, les aides prévues aux membres de la communauté éducative concernés : élèves, parents, enseignants, autres employés de l'établissement.
3. S'assurer de la réception de cette communication auprès des personnes les plus impliquées dans l'événement dramatique.
4. Être attentif et à l'écoute des personnes « fragilisées », celles repérées initialement et celles manifestant plus récemment leurs troubles, les guider vers les différentes aides possibles dans et hors contexte de l'institution.
5. Prévoir l'accueil des personnes venant apporter leur aide : psychologue, etc., et organiser les conditions d'exercice (local, temps de réunion et d'entretien, « timing », etc.).
6. Organiser, en cas de décès, un temps de recueillement et un hommage dans l'institution, en lien avec la famille. Permettre aux élèves demandeurs d'y participer.
7. Laisser à l'appréciation des parents la possibilité pour leur enfant de participer à la cérémonie des funérailles. Pour de jeunes enfants, la présence des parents est souhaitable à cette cérémonie.
8. Informer les familles et les élèves des dispositions prises à l'occasion de la célébration des funérailles : adultes et jeunes volontaires pour y assister, accueil prévu dans l'établissement pour ceux qui n'y assisteraient pas.

Ne pas oublier pour la suite

- Prévoir une réunion avec les membres de la cellule de crise pour faire le point et décider de l'arrêt du dispositif de crise.

- Signifier aux membres de la communauté éducative la reprise du déroulement normal de la scolarité et la fin des dispositions particulières.
- Rappeler, au besoin, les parents des jeunes à risque pour faire le point et évaluer les aides mises en place.

Fiche D6

Gestion de la crise à plus long terme

Voir chap. 2, 9.1., p. 144

- Objectif : **Tirer les leçons de l'événement**
- Temps : T + plusieurs semaines
- Acteur : Chef d'établissement et son équipe
- Moyen tâche : Réunion bilan
- Points de vigilance : Être prêt à revenir sur un événement douloureux

À faire

1. Avoir réservé une date et un créneau horaire pour cette réunion bilan avec l'équipe de direction, en y associant si possible les personnes ayant contribué à la gestion de cette situation : membres de la cellule de crise (psychologue, infirmière, animateur en pastorale, autre).
2. Mener la réunion en permettant d'abord à chacun d'exprimer son ressenti et son appréciation du dispositif mis en place.
3. Reprendre ensuite le déroulement des actions menées en s'appuyant sur les écrits, les observations relevées, les remarques reçues émanant des familles, des élèves, des enseignants, du personnel, etc., et des différentes institutions.
4. Évaluer ensemble les effets a posteriori de l'événement dramatique (ambiance de travail, solidarité ou non, demande(s) d'aide, plainte(s) ou revendication(s), etc.).
5. Repérer les inquiétudes et les attentes des enseignants et des parents, notamment quand le drame a été lié à un fait de violence, d'agression sexuelle, à une tentative de suicide.
6. Étudier ce qu'il faut conserver ou améliorer dans le fonctionnement institutionnel, suite aux ressources et aux dysfonctionnements mis au jour (voir fiche D12).
7. Décider s'il y a lieu ou non de donner une suite aux demandes formulées, par exemple une conférence, un débat relatif au suicide des jeunes.
8. Se questionner à propos de la sensibilisation des adultes aux signes de mal-être des élèves, et à la façon dont cela est pris en compte dans l'établissement.
9. S'assurer de l'attention maintenue aux personnes fragilisées durablement par l'événement (adultes et élèves).

Ne pas oublier pour la suite

- Prendre le temps de formaliser et de mettre par écrit ce qui a été vécu et réalisé à la suite de ce drame.
- Partager ce vécu avec d'autres responsables (personnes des réseaux auxquels on est connecté, autres chefs d'établissement).
- Continuer de se former et permettre aux membres de son équipe de se former à la gestion des situations de crise.

2. Courriers types

Fiche D7

Canevas de lettre aux parents[10]

Voir chap. 2, 7.2.3., p. 125

- Objectif : **Information des parents (décès ou événement traumatisant)**
- Temps : T + 24 h
- Acteur : Chef d'établissement et secrétaire
- Moyen tâche : Message écrit
- Points de vigilance : Ne communiquer que l'essentiel et ce qui est autorisé, donner des informations précises

Nous venons d'apprendre le décès de …… (ou l'événement survenu le …… à ……).
Cet événement tragique (ou traumatisant) affecte l'ensemble de la communauté scolaire, et plus particulièrement les élèves de ……
Nos premières pensées sont pour sa famille et ses amis.
Il est possible que votre enfant ressente le besoin d'en parler à la maison. Nous vous invitons à lui en donner l'occasion.
Nous ne connaissons pas encore les modalités des funérailles (ou des suites de l'enquête en cours). Nous vous en informerons dès que nous le pourrons (et dans la mesure du possible selon les contraintes des autorités judiciaires).
Pour les jours à venir, nous avons pris les dispositions suivantes concernant les cours …… (par exemple le remplacement d'un enseignant décédé ou en arrêt).
Nous avons également fait appel à des psychologues (qui sont intervenus pour une aide immédiate/ou qui interviendront le ……).
Si vous ne souhaitez pas que votre enfant bénéficie des aides envisagées, veuillez nous en informer rapidement.
Si vous êtes inquiets au sujet des propos ou des réactions de votre enfant, n'hésitez pas à contacter votre médecin traitant, le centre médico-psychologique ou tout autre personne de l'établissement que vous jugez proche de votre enfant, en toute confidentialité.
Si vous désirez vous associer aux gestes de solidarité qui seront mis en place, prenez contact avec les parents délégués (de la classe de votre enfant ou de l'établissement).

10. Fiche établie d'après des documents de l'académie de Rouen, du CCP de Lille et la DEC 44.

Nous comptons sur votre aide pour faire face à cet événement douloureux avec le plus de sérénité possible.

Le chef d'établissement

Ne pas oublier pour la suite

- S'assurer que tous les parents des élèves de la (des) classe(s) concernée(s) aient reçu l'information personnellement. Tenir compte des séparations familiales.
- S'assurer que l'ensemble des parents puissent avoir accès aux informations communicables (affichage, site de l'établissement).

Fiche D8

Canevas pour l'annonce d'un décès d'un membre de la communauté éducative au personnel[11]

Voir chap. 2, 7.2.2., p. 124

Nous venons d'apprendre le décès de ..... survenu le ..... à .....
Cet événement malheureux affecte l'ensemble de la communauté scolaire.
Nos premières pensées sont pour sa famille et ses amis (ses proches ou collègues).
Pour la journée en cours, voici l'organisation prévue (annonce aux élèves, modifications d'emploi du temps, etc.). Nous vous remercions de votre compréhension et de l'aide que vous allez apporter.
Nous ne connaissons pas encore les modalités de l'inhumation ; elles vous seront communiquées dès que possible, ainsi que les manifestations de sympathie envisagées.

Éventuellement

Un hommage ou un temps de recueillement est proposé le ..... à .....
Si vous éprouvez le besoin d'en parler ou d'être aidé, un membre de la cellule d'aide psychologique se tiendra à disposition le ..... à ..... Nous avons fait preuve de courage et de solidarité pour supporter cette épreuve mais aussi pour continuer à assurer notre mission d'éducation auprès des élèves.

Le chef d'établissement

11. Fiche établie d'après des documents de l'académie de Rouen et du CCPP de Lille.

Fiche D9

Canevas pour l'annonce d'un décès aux élèves de la classe

Voir chap. 2, 7.2.4., p. 126

Adapter en fonction de l'âge des élèves

Nous venons d'apprendre le décès de ……, élève de votre classe …… (ou enseignant ou membre du personnel). Ce décès est survenu le ……

Cet événement malheureux nous affecte tous.

Nous pensons à sa famille (ses frères et sœurs, ses amis, ses camarades, etc.).

Dès à présent, nous pouvons prendre un temps, si vous le souhaitez, pour partager ensemble ce que vous ressentez, entendre vos questions, écouter ce que vous souhaitez dire.

Éventuellement

Un temps de recueillement sera prévu (lieu et heure). Vous aurez la possibilité d'y participer.

Un temps d'écoute avec des professionnels (préciser psychologue, médecin, infirmière, etc.) est également prévu (lieu et heure).

Nous vous informerons dès que possible de ce qui sera organisé dans l'établissement (pour les funérailles, pour les gestes de solidarité, etc.).

Nous savons que nous pouvons compter sur vous tous pour vivre cette (terrible) épreuve avec courage.

Le chef d'établissement

Fiche D10

Exemple d'une communication à des élèves de maternelle et de primaire suite à la mise en examen d'un enseignant pour suspicion d'agression sexuelle[12]

Voir chap. 2, 6.3.6.1., p. 113 ; 7.2.4., p. 126

Élèves de maternelle et CP

- Les enseignants sont à l'écoute des propos des enfants sur le sujet et peuvent organiser un court échange, si le sujet est abordé.
- Si toutefois le thème est évoqué, ils abordent les notions de respect et d'interdit, en fonction de l'âge, de la vie quotidienne et des représentations des enfants.

Élèves de CE1 et CE2

Exemple de communication

« Je souhaite parler avec vous de faits graves qui se seraient passés ; des adultes font parfois des actes interdits par la loi. Quand cela arrive, c'est l'adulte qui est entièrement responsable, et non pas les enfants. Son corps, c'est personnel, ça fait partie de l'intimité. Quand les enfants parlent, ça permet que les choses s'arrêtent. Si vous désirez parler, les adultes de l'école sont là pour vous écouter. Ils vous font confiance. »

Élèves de CM1 et CM2

Être attentif, en position d'écoute des commentaires et questions des élèves.

Exemple de communication (avec présence du directeur, d'un psychologue)

« Je souhaite parler avec vous de faits graves qui se seraient passés ; des adultes font parfois des actes interdits par la loi, comme des menaces, des paroles qui blessent ou qui font mal, ou comme de toucher au corps des enfants – parce que le corps c'est personnel, ça fait partie de l'intimité. Quand cela arrive, c'est l'adulte qui est entièrement responsable, et non pas les enfants. Quand les enfants parlent, ça permet que les choses s'arrêtent. C'est très courageux. Si vous désirez parler, les adultes de l'école sont là pour vous écouter. Ils vous font confiance. »

12. Fiche établie d'après des documents de la DEC de Nantes.

Fiche D11

Instances et personnes extérieures à contacter après un drame

Voir chap. 2, 7.3., p. 129

Le chef d'établissement dirige cette communication vers l'extérieur avec l'aide de la cellule d'accompagnement.

1. Responsables institutionnels : Inspection académique et/ou Rectorat. En plus pour l'Enseignement catholique : direction diocésaine, tutelle.
2. Équipe d'intervention d'urgence ou de crise (interne au réseau d'enseignement ; structure hospitalière).
3. Mairie du lieu, Préfecture parfois.
4. Police, gendarmerie, tribunal parfois ; pompiers, si nécessaire.
5. Représentants religieux.
6. Presse locale, si nécessaire.
7. Autres institutions ou personnalités.

3. Un outil de prévention pour une équipe pluridisciplinaire

Fiche D12

Matrice de Haddon

Voir chap. 1, 3.1.4., p. 22

Dans le cadre d'une préparation pluridisciplinaire, des chefs d'établissement, des enseignants, des personnels d'éducation et de santé, des pompiers, des médecins, des psychologues peuvent travailler ensemble pour améliorer leurs interventions spécifiques et chercher à les coordonner.
Il faut remplir le tableau ci-dessous en répondant à une question inductrice, par exemple : « Quelles actions faudrait-il développer concernant les gestes suicidaires (lycée) ? »

	Facteurs humains	**Facteurs techniques**	**Facteurs environnementaux**	**Facteurs économiques et législatifs**
Avant	En parler aux élèves lors des journées « prévention santé »	Empêcher l'ouverture totale des fenêtres aux étages	Créer ou réunir le CESC[1]	Prévoir un budget pour former des adultes en prévention
Au moment de l'annonce	Activer le soutien interne Appeler une équipe spécialisée Contacter la famille	Prévoir une salle pour les élèves qui veulent se retrouver Conseiller une surveillance accrue des élèves	Réunir la cellule d'accompagnement du lycée Organiser la communication interne, externe	Prévenir la hiérarchie Se préparer à recevoir les enquêteurs

	Facteurs humains	**Facteurs techniques**	**Facteurs environnementaux**	**Facteurs économiques et législatifs**
Après	Rester en vigilance à l'égard des élèves proches ou impliqués	Éditer une plaquette pour les adultes de l'établissement sur les points de vigilance	Retravailler ce thème en CESC Les procédures prévues peuvent-elles être améliorées ?	Réétudier avec des juristes les questions concernant les responsabilités légales

1. CESC : Comité d'éducation à la santé et la citoyenneté.

Conclusion

Les drames, lorsqu'ils surviennent en milieu scolaire, bouleversent un nombre important de personnes. Au terme de cet ouvrage, nous espérons avoir montré l'importance de la préparation des psychologues pour accompagner ces situations. Nous l'avons dit, tout drame ne se transforme pas en crise ; mais toute crise traumatique a un effet potentiellement déstructurant sur les personnes et les groupes qu'elle affecte. Il faut donc être vigilant et capable de détecter les signes qui la déclencheront. L'ajustement de la réponse en dépend, l'équilibre ultérieur du groupe aussi.

Lors de ces événements, le psychologue devra être particulièrement attentif au respect de la place de chacun. Les adultes responsables – enseignants comme parents – sont souvent tentés de déléguer aux psychologues les annonces dramatiques et les explications. Nous préconisons de résister autant que possible à ces demandes pour plusieurs raisons. Tout d'abord, être actif permet de se protéger. Devoir soutenir les jeunes, les encadrer aide les adultes à se remettre eux-mêmes en position de faire face aux chocs émotionnels. Ensuite, les adultes, habituellement responsables, sont les personnes les mieux placées pour aider leurs jeunes à affronter une situation dramatique ; ils sont leurs repères quotidiens et les jeunes s'appuient spontanément sur eux. Le psychologue peut intervenir en soutien, parer aux fragilités des adultes et, à titre exceptionnel seulement, se substituer à eux. Mais en règle générale, son rôle est d'aider les responsables à garder leur place de guide.

Les réponses aux questions métaphysiques, qui sont soulevées immanquablement lors d'un drame, doivent être prises en charge par les parents. Le psychologue ne peut dire, à leur place, leurs croyances personnelles ou religieuses, le système de pensée qui fonde leur relation au monde. Il apparaît parfois dans nos entretiens ou dans les groupes d'expression que les enfants n'osent pas poser ces questions en famille, pour des raisons diverses : crainte de réveiller le souvenir douloureux d'un drame familial, absence de réponses ou encore difficulté à formuler ces questions. Souvent, les parents eux-mêmes craignent de parler de la mort à leurs enfants ; ils ont peur de la tristesse qui accompagne cette épreuve de la vie, croient que ce n'est pas de l'âge de leur enfant. C'est pourtant au cours de l'enfance et de l'adolescence que s'élaborent ces pensées. En évitant cette question, les adultes induisent un tabou et les enfants restent avec des questions sans réponses, avec des modèles qu'ils se construisent eux-mêmes au gré de ce qu'ils entendent et qui parfois peuvent alimenter des peurs irrationnelles.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Ces questions viennent aussi au psychologue dans les entretiens. Son rôle se limite alors à aider le jeune ou l'enfant à trouver son chemin dans les interrogations que suscitent ces idées. Les adultes qui écoutent les enfants sur ces sujets sont souvent étonnés de la profondeur de leurs réflexions, et on peut penser que de tels échanges dans les familles peuvent contribuer à un réconfort mutuel.

La question du suivi, quant à elle, demande réflexion. Il peut être nécessaire ou même préférable de revoir plusieurs fois des jeunes rencontrés dans ces circonstances particulières. Pour certains jeunes, les émotions exprimées à cette occasion peuvent mettre du temps à s'estomper et demandent un travail psychique sur plusieurs mois. Se rendre à une consultation extérieure n'est pas toujours possible, surtout s'il n'y a pas de problème pathologique antérieur ; en général, ces jeunes n'iront pas consulter. Il faut donc leur assurer un soutien dans le cadre scolaire.

La pratique, heureusement peu fréquente, de la gestion des crises amène le psychologue à réinterroger avec attention sa position et les actions qu'il met en œuvre. La réactivité nécessaire dans ces moments l'oblige à avoir une bonne connaissance de sa déontologie (volontariat, confidentialité, accord parental, exactitude de l'information transmise, etc.) et une réflexion sur son éthique personnelle. Il faut se préserver d'actions impulsives qui pourraient paraître adaptées ou souhaitables sur le moment, mais qui ne tiendraient pas compte suffisamment de la vie psychique des personnes et de leur rythme personnel. Ce respect est essentiel, en règle générale, mais plus encore envers les personnes en état de faiblesse ou de choc. La meilleure garantie en est le travail en équipe.

Le protocole, départ de notre réflexion et guide de notre cheminement, a apporté un cadre et une rigueur à nos interventions qui protègent autant les personnes impliquées que les intervenants. Le témoignage de nos collègues psychologues, formés à son utilisation et s'en jugeant fortifiés pour faire face à ces épreuves, nous a encouragés à transmettre cette expérience.

Au plan international, des enquêtes conduites auprès des psychologues travaillant en milieu scolaire (Rees et al., 2008) confirment l'utilité certaine d'un protocole. Majoritairement, ils considèrent que l'assistance des communautés éducatives ébranlées par un drame fait maintenant partie intégrante de leur mission. Depuis 15 ans, une pratique nouvelle s'est construite et affirmée en Europe. Notre réseau d'enseignement a su prendre part à cette évolution. Souhaitons que notre contribution apporte un meilleur éclairage à ce type d'intervention et qu'elle engage chacun à en faire un bon usage dans le respect des personnes.

Les échanges européens portent actuellement sur l'importance de la prévention dans ce domaine touchant à la fois les secteurs de la santé et de l'éducation. Conscients de l'importance de cette perspective, nous avons confié à une spécialiste le soin de développer ce point de vue dans le cadre de la postface.

Postface

Nos sociétés changent, nos organisations bougent, le monde scolaire est devenu caisse de résonance des mouvements et bruits des populations. Lieu mythique de transmission des savoirs, à partir des fondamentaux « lire, écrire, compter », le milieu scolaire est progressivement devenu le principal acteur éducatif, en même temps qu'il s'est ouvert à la grande majorité des jeunes, sur les 30 dernières années. Le socle commun des connaissances et compétences est défini par le décret du 11 juillet 2006 ; l'école doit permettre à chacun de devenir responsable.

Un milieu scolaire bousculé par des forces sociales

Les professionnels, formés pour la plupart suivant des disciplines fondées sur les connaissances fondamentales, et selon des modalités d'évaluation individuelle, se trouvent confrontés à de nouveaux comportements plus groupaux, où les influences sociales et environnementales sont complexes. Les politiques publiques, censées refléter les choix sociaux et familiaux en matière d'éducation, ont réparti les responsabilités en fonction des proximités des populations, par exemple le niveau communal avec l'école primaire, le collège relevant du département. Peu à peu, des partenariats se créent entre institutions publiques et systèmes organisationnels des milieux scolaires, pour adapter moyens et réponses aux besoins et attentes des nouvelles générations, en fonction des observations locales et régulières. La protection en milieu scolaire est réglementée. Différents textes précisent les orientations générales pour une politique de santé en faveur des élèves : « Le professeur contribue, en coopérant avec des partenaires internes et externes à l'institution, à la résolution des difficultés spécifiques des élèves, dans le domaine de la santé, des comportements à risque […] » (circulaire n° 2001-012). En 2006, les Comités d'éducation à la santé et la citoyenneté (CESC) ont été officialisés.

Des jeunes en situation d'exigence

Les constats sont convergents, depuis une quinzaine d'années, sur l'évolution des attitudes et comportements des élèves : l'école est un lieu d'expression généralisée, de joies, de satisfactions, de mal-être, voire de violences (voir le rapport de C. Emuin sur les violences à l'école, 1996). C'est aussi un espace d'interrelations entre différentes générations où des postures professionnelles sont mandatées, parfois incomprises, parfois contestées.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Des temps supplémentaires à l'enseignement disciplinaire se dégagent grâce à des activités de loisirs, mais aussi par le développement des conditions favorables à la santé et aux compétences psychosociales. En cela, la Direction diocésaine de l'Enseignement catholique de Loire-Atlantique offre l'exemple d'une prise de conscience concomitante à l'évolution du contexte familial et social, et d'un engagement dans la mise en place d'un service de psychologie regroupant des cliniciens de l'éducation au plus près des élèves et de la communauté éducative.

Les psychologues ont construit, à partir de leurs observations cliniques et de leurs formations continues en échange avec leurs pairs, des procédures d'intervention dans des situations particulières. Il leur reste à ouvrir vers les niveaux institutionnels des politiques publiques territoriales pour enrichir les interfaces indispensables à l'accompagnement des populations ou des personnes vulnérables, et à l'accomplissement de la délégation de services publics dans le domaine éducatif. Les recommandations européennes actuelles introduisent la santé dans l'ensemble des politiques publiques ; elles offrent une opportunité pour préciser et légitimer le rôle des professionnels et acteurs dans le contrat cadre de partenariat en santé publique entre le ministère de l'Éducation nationale et le ministère de la Santé (rédaction en cours).

Une géographie de la santé particulière

Les épidémiologistes de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) observent depuis de nombreuses années les disparités géographiques et les inégalités de santé ; celles-ci ont fait l'objet de plusieurs rapports et expertises récents. Nord et Bretagne se trouvent ainsi dans une surexposition aux comportements à risque ; le suicide notamment, mais aussi les effets consécutifs à l'alcoolisation excessive. L'engagement de la DDEC dans des recherches-actions successives pour déployer la prévention permet les mutualisations des connaissances pluridisciplinaires et des interventions entre les services de santé, de psychologie et les responsables des établissements.

Le contexte des CESC, soutenus par le ministère de l'Éducation nationale, offre des possibilités qui rassemblent les professionnels en assurant leur transversalité vis-à-vis des élèves. Dans l'élan qui est donné, les thématiques retenues à présent sont intéressantes à pointer : ce sont d'abord la compréhension fondamentale de l'adolescence, dans ses dimensions physiologique, affective, cognitive et sociale, puis les comportements de violence ou d'addiction. Ces thématiques mobilisent la majorité des professionnels éducatifs.

Des connaissances et des procédures d'intervention

Dix ans durant, Jean-Luc Pilet et ses collègues ont patiemment observé, ajusté leur positionnement aux problématiques ressenties, exprimées parfois, par des jeunes en milieu scolaire. Dans le réseau de l'Enseignement catholique, une organisation collective de professionnels cliniciens est expérimentée et

éprouvée, en relation avec les autres membres de la communauté éducative. Les psychologues élaborent ainsi des outils pragmatiques. Progressivement, ils construisent une démarche globale, dépassant l'immédiateté de la crise et de l'événement brutal et traumatique, et permettant à chaque professionnel de disposer d'une base de compréhension et d'outils pour étayer sa position et son action. Ces événements demeurent heureusement rares, mais touchent des collectivités importantes, au titre social, familial et éducatif.

Cet ouvrage, qui synthétise 10 ans de travail, est une aide précieuse pour l'ensemble des acteurs confrontés à des drames et renforce leurs différents rôles éducatifs fondamentaux.

Françoise FACY
Directeur de recherche, Inserm

Bibliographie

Anzieu, D. (1985), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.

APA (American Psychiatric Association) (1992), *DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, trad. fr. J.-D. Guelfi et al., Paris Masson, 2008.

APA (American Psychiatric Association) (2008), *Mini DSM-IV-TR. Critères diagnostiques*, trad. fr. J.-D. Guelfi et al., Paris, Masson.

Ariès, P. (1975), *Essais sur l'histoire de la mort en Occident. Du Moyen Âge à nos jours*, Paris, Le Seuil.

Audet, J., Katz, J.-F. (1999), *Précis de victimologie générale*, Paris, Dunod.

Bacqué, M.-F. (2003), *Apprivoiser la mort*, Paris, Odile Jacob.

Bailly, L. (1996), *Les Catastrophes et leurs conséquences chez l'enfant*, Paris, ESF.

Barrois, C. (1988), *Les Névroses traumatiques*, Paris, Dunod.

Beccariat, M., Malartre, P. (2004), *Grandir ensemble*, Paris, Bayard.

Bègue, L. (2003), « Les Causes de la délinquance », in Sillamy N. (dir.), *Jeunes – ville – violence. Comprendre – prévenir – traiter*, Paris, L'Harmattan.

Berceli, D. (2005), *Trauma relasing exercises : a revolutionnary new method for stress/trauma recovery*, Charleston, S.C., BookSurge.

Berne, E. (1966), *Des jeux et des hommes*, Paris, Stock.

Bion, W.R. (1962), *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF.

Bokanowski, T. (2002), « Traumatisme, traumatique, trauma », *Revue Française de Psychanalyse*, vol. 66, n° 3, p. 743-755.

Boutinet, J.-P. (1998), *L'Immaturité de la vie adulte*, Paris, PUF.

Bowlby, J. (1975), *Attachement et perte.* 3. *La perte, tristesse et dépression*, Paris, PUF, 1982.

Broke, E., Lazarus, P., Jimerson, S. (dir.), *Best practices in school crisis, prevention and intervention*, Bethesda MD, NASP.

Caplan, G. (1964), *Principes of Preventive Psychiatry*, New York, Basic books.

Chatelard, C., Facy, F., (2007), *Alcools et familles*, Paris, EDK.

Conférence du consensus 2000, *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*, Haute Autorité de Santé (www.has-sante.fr/portail/jcms/c).

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Cremniter, D. (2004), « Nouvelles données psychopathologiques issues de l'expérience des CUMP », *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, vol. 4, n° 1, p. 35-39.

Crocq, L. (1999), *Les Traumatismes psychiques de guerre*, Paris, Odile Jacob.

Crocq, L. (2006), « Trauma et mémoire. Perspective historique », *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, vol. 6, n° 4, p. 197-205.

Crocq, L. (dir.) (2007), *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*, Paris, Masson.

Cyrulnik, B. (2001), *Les Vilains petits canards*, Paris, Odile Jacob.

Daligand, L. (2006), « La Honte et le trauma », *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, vol. 6, n° 3, p. 151-153.

Damiani, C. (1997), *Les Victimes. Violences publiques et crimes privés*, Paris, Bayard.

Damiani, C., Szepielak D. (2009), « Le soutien psychologique des victimes en France », *Journal des psychologues*, n°264.

Debardieux, E. (2006), *Violence à l'école : un défi mondial ?* Paris, Armand Colin.

De Clercq, M., Lebigot, F. (dir.) (2001), *Les Traumatismes psychiques*, Paris, Masson.

De Clercq, M., Dubois V. (2001), « Traumatisme psychique et stress », in De Clerq, M., Lebigot, F. (dir.), *Les Traumatismes psychiques*, Paris, Masson, p. 13-22.

De Hennezel, M. (1997), *La Mort intime*, Paris, Pocket.

Dubet, F., Martucelli, D. (1996), *À l'école. Sociologie de l'expérience scolaire*, Paris, Le Seuil.

Duclos, G., Laporte, D., Ross, J. (1995), *L'Estime de soi de nos adolescents. Guide pratique à l'intention des parents*, Montréal, Hôpital Sainte-Justine.

Eliacheff, C., Soulez Larivière, D. (2007), *Le Temps des victimes*, Paris, Albin Michel.

Engelbrecht, A., Storath, R. (2005), *Erziehen : handlungsrezepte für den Schulalltag in der Sekundarstufe. In krisen helfen*, Cornelsen.

English, F. (1992), *Analyse transactionnelle et émotion*, Paris, Desclée de Brouwer.

Facy, F., Debout, M. (2002), *Acteurs et chercheurs en suicidologie*, Paris, EDK.

Ferenczi, S. (1933), « Confusion des langues entre les adultes et l'enfant », in *Psychanalyse IV. Œuvres complètes 1927-1923*, Paris, Payot, 1982.

Ferenczi, S. (1934), « Réflexions sur le traumatisme », in *Psychanalyse IV. Œuvres complètes 1927-1923*, Paris, Payot, 1982.

Freud, S. (1895), *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1978.

Freud, S. (1915), « Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort » in *Essais de Psychanalyse*, 1971, Paris, Payot.

Freud, S. (1938), *Abrégé de psychanalyse*, Paris, PUF, 1975.
Freud, S. (1939), *L'Homme Moïse et la religion monothéiste*, Paris, Gallimard, 1986.
Gaillard, J. (2003), *Des psychologues sont sur place*, Paris, Mille et Une Nuits.
Gibello, B. (1995), *La Pensée décontenancée*, Paris, Bayard.
Gontran, W. (2009), « Le traumatisme ne s'anticipe pas, il se vérifie », *Journal des psychologues*, n°264.
Haddon, W. (1963) "A note concerning accident theory and research with special reference to motor vehicule accidents", *Annals of New York Academy of Science*, vol 107, p. 635-646.
Hanus, M. (1994), *Les Deuils dans la vie*, Paris, Maloine, 1998.
Hanus, M. (2007), *Le Grand livre de la mort, à l'usage des vivants*, Paris, Albin Michel.
Hariki, S., Gandelet, J.-P. (2006), « La Valise d'urgence médico-psychologique pour enfant. Une boîte à médiation portable », *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, vol. 6, n° 4, p. 221-230.
Houbballah, A. (1996), *Le Virus de la violence*, Paris, Albin Michel.
Houbballah, A. (1998), *Destin du traumatisme*, Paris, Hachette Littératures.
Hughes, R., (1993), *Culture of Complaint - The Fraying of America*, Oxford University Press.
Impact (2007), *Early psychosocial interventions after disasters terrorism and other shocking events, Multidisciplinary Dutch guideline*, www.impact-kenniscentrum.nl.
Institute of medecine (1990), *Broadering the Base of Treatment for Alcohol Problems*, The National Academy Press, p. 212.
Kaës, R. (1979), *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod, 1984.
Labelle, R. (2004), « La Prévention du suicide en milieu scolaire, constats et avenues de recherche », in Parent G., Rheaume, D. (eds.), *La Prévention du suicide*, Montréal, Presses de l'Université du Québec.
Lahad, M. (2001), *Helping children and families recover from child sexual abuse*, Londres, JKP.
Lahad, S. (1984), *Evaluation of a Multimodel Programme to Strengthen the Coping of Children and Teachers under Stress of Shelling*, Columbia Pacific University PHD Dissertation.
Laidi, Z., (1998), *La Tyrannie de l'urgence*, Québec, Fides.
Laplanche, J., Pontalis, J.-B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1973.
Lebigot, F. (2004), « Le Traumatisme psychique », *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, vol. 4, n° 1, p. 5-11.
Malartre P. (2007), *Est il encore possible d'éduquer ?*, Paris, Édition de l'atelier.
Manciaux, M., Gabel, M., Girodet, D., et al. (1997), *Enfances en danger*, Paris, Fleurus.

Maslow, A.H., (1943), "A theory of Human Motivation", *Psychological Revue*, 50, p. 370-396.

Meissner, B. (2008), *Die Sicherheitsanalyse,* in *Handbuch der Schulberatung*, Olzog-Verlag, München.

Meissner, B., Niv, S., Pfohl B., Shacham Y. et al. (2009), *Manual, Crisis Intervention Training for European School Psychologists*, Basic Course, ETC/ISPA, Germany, Israel, The Netherlands, Wales USA.

Moreau, J. (2005), *Le Contre-transfert institutionnel. Actualités en analyse transactionnelle*, Lyon, Les Éditions d'Analyse Transactionnelle.

Navarre, C. (2007), *« Psy » des catastrophes*, Paris, Imago.

Nisse, M., Sabourin, P. (2004), *Quand la famille marche sur la tête. Inceste, pédophilie, maltraitance*, Paris, Le Seuil.

Pfohl, W., Jimerson, S., Lazarus, P. (2002), « Developmental aspect of psychological trauma and grief », in Broke, E., Lazarus, P., Jimerson, S. (dir.), *Best practices in school crisis, prevention and intervention*, Bethesda MD, NASP.

Pilet, J.-L. (1997), « Permanence d'écoute en lycée et collège », in Guillard, S., Guillemard, J.-C. (dir.), *Manuel pratique de psychologie en milieu scolaire*, Paris, Masson.

Pilet, J.-L. (1999), « Les Aléas de la construction identitaire dans certaines situations extrêmes », *Éducation Permanente*, n° 138, p. 65-74.

Pilet, J.-L. (2002), « Vers une construction progressive d'une culture de la prévention en milieu scolaire », in Facy, F., Debout, M. (dir.), *Acteurs et chercheurs en suicidologie*, Paris, Krief.

Poland, S., Jami, S., McCormick, J. (1999), *Coping with crisis. Lessons learned*, Sopris West.

Prieto, N., Scala, G., Buffard, G. (2004), « Doit-on garder la pratique du débriefing psychologique ? », *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, vol. 4, n° 1, p. 41-46.

Rees, P., Seaton, P., Pilet, J.-L. (2008), « Psychologists involvement in crisis response : an international perspective », *30 th ISPA conference*, www.ispaweb.org.

Remarque, E.M., (1929), *À l'ouest rien de nouveau*, Paris, Stock, 1971.

Rey, A. (2005), *Dictionnaire culturel en langue française*, Paris, Le Robert.

Romano, H. (2006), « Enfants et adolescents face à un événement traumatique. Quelle prise en charge dans l'immédiat ? », *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, vol. 6, n° 4, p. 239-246.

Romano, H. (2007a), « Intervenir lors d'un événement traumatique en milieu scolaire », *Le Journal des Psychologues*, n° 248, p. 54-58.

Romano, H. (2007b), « Intervention médico-psychologique immédiate. Expérience d'une CUMP », *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, vol. 7, n° 1, p. 45-50.

Salmon, T.W. (1917), « The care and treatment of mental diseases and war neuroses ("shell shock") in the British army », *Menthal Hygiene*, n° 1, p. 509-547.

Seguin, M., Leblanc, L., Brunet, A. (2006), « Crise et trauma. Proposition d'une typologie et interventions différenciées », *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, vol. 6, n° 4, p. 213-219.

Selye, H, (1936), *The stress of live*, New York, McGraw-Hill, 1986.

Sichem, B. (2005), *Transfert et contre-transfert en formation d'adultes*, Lyon, Les Éditions d'Analyse Transactionnelle.

Sillamy, N. (dir.) (2003), *Jeunes – ville – violence. Comprendre – prévenir – traiter*, Paris, L'Harmattan.

Steiner, C. (1996), *Des scénarios et des hommes*, Paris, Desclée de Brouwer.

Tisseron, S. (2000), *Enfants sous influence. Les écrans rendent-ils les jeunes violents ?*, Paris, Armand Colin.

Tisseron, S., (2008), *La résilience*, Paris-PUF, « Que sais je ? », nº 3785.

Vallet, D. (2008), « Le Destin du traumatisé psychique », *Psycho Media*, n° 17.

Vignes, M., Raynaud, J.-P. (2004), « Catastrophe industrielle de Toulouse. La pédopsychiatrie dans la tourmente », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, vol. 52, n° 8, p. 501-509.

Vovelle, M. (1993), *L'Heure du grand passage. Chronique de la mort*, Paris, Gallimard.

Winnicot, D.W. (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse,* Paris, Payot, nº 253.

Index

A

Accident 7
Accompagnement 120, 133, 137
Accueil des élèves 187, 196
Actes de violence majeure 182
Agitation 19
Agression(s) sexuelle(s) 58, 75, 97, 107, 108,109, 113, 131, 184, 185
Agressivité 19
Aide
– aux élèves 86
– immédiate 56, 69, 70, 86, 104, 113
– psychologique 83, 92, 113
Alanguissement 41
Amnésie dissociative 152
Analyse transactionnelle 53
Anéantissement de soi 17
Angoisse(s) 8, 145
Annonce d'un drame 195
Annonce officielle
– à tous les élèves 126
– au personnel 124
– aux familles 125
Approche pluridisciplinaire 130, 143, 149
Approche semi-directive 177
Arrêt du dispositif d'assistance 74
Attachement 7, 25, 41 25, 41
Attentat 182

B

Basic Ph 26, 160
Blog(s) 127-129

C

Cadre de l'entretien 180
Capacité de penser 8
Catastrophe 7, 23
Cauchemars 23
Cellule d'accompagnement 61, 68, 69, 71, 80, 81, 82, 97, 125, 126, 130, 137, 164, 165, 166, 196
Cellule d'aide psychologique 195
Cercles de vulnérabilité 33, 37, 162, 163
Chaos 9, 12, 31, 50, 70, 100, 117, 122
Chef (s) d'établissement 66, 82, 84, 92, 111, 117, 121, 122, 123, 124, 126, 127, 129, 131, 164, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 200, 202, 203, 204, 205, 208
Choc 41, 194
Collège 32
Communauté éducative 9, 13
Communication(s) 71, 113, 121, 122, 123, 128, 129, 130, 132, 156, 166, 169, 198
Contenant 28, 29, 79
Crise 8, 9, 70, 129, 131
– psychopathologique 10
– psychosociale 10
– psychotraumatique 12
– majeure(s) 97, 112, 122, 141, 182
– sortie de crise 74
Critères de Salmon 148

D

Débriefing 189
Décès 40, 50, 169, 198, 202, 204
Déclencheur (événement) 12, 18
Défense (capacités) 23
Déni 16
Désorganisation 10, 12, 41
Détresse 23
Deuil 40, 41, 42, 77, 141, 142
– chez l'enfant 44
– différé 45
– récents 178
Dévoilement 107, 109
Diagnostic initial 72

Dissociation 17, 185
Double lien 185
Drame(s) majeur(s) 40, 70, 94, 96
DSM-IV 15
DSM-IV-TR 21

E

Écoute 168
Effondrement intérieur 27
Effraction 21
Effroi 12, 16
Éléments bêta 28
Engourdissement 41
Enseignants 33, 200
Entretien(s)
– d'aide 188
– de crise 92, 93, 178, 180
– individuels 70, 177
– par petits groupes 170
Équipes pluridisciplinaires 139
État de stress aigu 21, 151
État de stress post-traumatique 21, 24, 153
État d'équilibre 10
État psychique 178
Étayage 31
– groupal 25, 27
– mutuel 29
Évaluation du protocole 143
Évaluation 31, 59, 60, 61, 62, 83, 151, 155
Événement 200

F

Facteurs de résilience 141, 183
Faire face 180
Fantasme 17
Fiches techniques 84, 151, 193
Flash-back 153, 178
Fonctionnement habituel 31

G

Gestion de crise 50, 80
Gravité d'une situation 155
Grilles de procédures 84
Grille des 4 R 62
Groupe social 6
Groupe(s) 29, 45, 51, 175
Groupes de parole 29

H

Homéostatique 10
Honte 16
Hyperactivité 19, 20

I

Idées suicidaires 178
Image traumatique 20
Information 31
Inhibition 19
Intégrité corporelle 13
Intervention(s)
– de crise 57, 62
– d'urgence 130
– immédiate 31, 83, 85, 102, 117
– post-immédiate(s) 83, 87, 90, 103, 104, 126

L

Lycée 32

M

Maladie 7
Mallette 121, 190
Maltraitance psychologique 185
Mécanisme d'identification 185
Médias 45, 52, 126, 130, 131, 132, 135
Mémoire 18, 20
Menace 12, 19
Milieu familial 23
Mise en examen 182
Mort 7, 8, 16, 32, 41, 42, 43, 44, 53, 142, 157, 182, 211
– d'un éducateur 182
– d'un élève 182
Mort (ressenti) 157, 158, 159

N

Narcissisme 51

O

Onde de choc psychique 182

P

Parents 71, 82, 110, 115, 116, 120, 127, 128, 135, 172, 202, 211
– information (des) 202
– inquiétude (des) 71
Pensées envahissantes 178
Période de crise 198
Personnes à risque 33
Phase aiguë 12, 23, 29
Phénomènes narcissiques 51
Phénomènes transférentiels 50, 51
Portables 127
Positionnement professionnel 65, 100
Post-traumatic stress disorder (PTSD) 15
Postvention 55, 57
Premières mesures 195
Prévention 115, 212
– primaire 56
– secondaire 15, 57, 170
– tertiaire 57
Primaire 32
Problèmes alimentaires 178
Procédures juridiques 75, 77, 78
Protection des responsables 197
Protocole 52, 59, 74, 80, 145, 148, 149, 150, 212
Psychiatres 141

Q

Questions inductrices 167

R

Réactions émotionnelles 8, 61, 152
Réassurance 29, 82
Règles déontologiques 170, 171, 177, 180
Religions 141
Repérage systématique 40
Répétition 12
Repli 19
Représentation psychique 16
Réseau 139
Résilience 25, 79, 141, 156, 183
Résistances 46, 48
Résonance
– affective 182
– subjective 155
Ressenti émotionnel 180
Retour à l'école 74, 75
Risque psychique 39

S

Sécurité personnelle 42
Sidération 9, 10, 30, 178
Solidarité 86
Sommeil (difficultés de) 178
Sortie de crise 74
Soutien 36
– en classe 171
– en petits groupes 170
– groupal 78, 168
– groupal différé 173
– spirituel 141
– spontané 30
– téléphonique 67
Stress 14, 19
– aigu 56
– empathique 189
– post-traumatique (ESPT) 15, 42
Suicide 7, 56
Survictimisation 49
Symbolisation 16
Symptômes 15, 23, 85
– anxieux 152
– persistants 154

T

Témoins 123
Temporalité 20
Temps d'intervention 73, 97

Tension émotionnelle 20, 68, 71, 124, 189
Transfert 50, 51
Traumatisme(s) 14, 15, 23, 50, 56, 77, 115, 151, 152, 153
Travail en réseau 112
Troubles post-traumatiques 12

U

Urgence immédiate 194

V

Vécu immédiat 170, 189
Vécu temporel 13
Victimes 185
Victimologie 49
Vulnérabilité 14, 32, 34, 36, 37, 42, 45, 55