

MODÈLE D'INTERVENTION AUPRÈS DES AGENTS DE LA POSTE BELGE ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE

CHRISTIAN MORMONT*, CHRIS BOIJEN**, PIERRE FIRKET***

RÉSUMÉ

Face à la multiplication des agressions dont les agents des postes belges ont été la cible au cours des dernières années, la direction de La Poste a souhaité mettre en place des procédures permettant la prise en charge des victimes. Le Service de psychologie clinique de l'université de Liège et le CITES Prévert ont élaboré en commun un modèle centré sur les besoins individuels des victimes. Dans cette perspective, l'accent a été mis sur l'accès libre et facile aux ressources proposées par les intervenants. La philosophie et les procédures propres à ce modèle ont été largement communiquées à tous les membres de l'entreprise et aux autres acteurs (médecins conseils, assureurs...). Après plusieurs années de fonctionnement, les agents qui ont choisi de consulter les centres conventionnés s'en sont montrés assez satisfaits. La plupart n'ont pas ressenti la nécessité de consulter plus de cinq fois. Seuls 20 % d'entre eux ont bénéficié d'une prise en charge plus longue. Dans ce contexte, le rôle péjoratif d'éléments externes à la prise en charge (climat social de l'entreprise, restructurations successives...) se sont révélés importants.

MOTS-CLÉS

agression, psychotraumatisme, service public, modèle de prise en charge, accident du travail.

SUMMARY: DEVELOPMENT OF AN INTERVENTION MODEL FOR BELGIAN POSTAL AGENTS

Considering the increase in the number of assaults targeting Belgian postal agents over the last few years, the management of La Poste has decided to implement procedures for providing support for the victims. The Service de psychologie clinique of the University of Liège and the CITES Prévert have created a model based on victims' individual needs. In this way, free and easy access for the victims to the help has been emphasized. The philosophy and procedures of this model were widely circulated to all members of La Poste and to other persons concerned (medical officers, insurers, and so on). After several years in operation, agents who chose to consult the centres expressed sufficient satisfaction. Most of them did not feel the need for more than five consultations, and only 20% of them benefited from a longer support. In this context, the derogatory role of the elements external to the support (social conflicts, successive restructuring...) was revealed as important.

KEY WORDS

assault, psychotrauma, public service, victim support model, accident in the work place.

Il y a plus de dix ans, alors que les agressions de postiers et les hold-up contre les bureaux de poste et les transports de fonds connaissaient une croissance inquiétante en Belgique comme en France⁽¹⁾, un premier contact eut lieu entre l'un d'entre nous (C. M.) et les instances de La Poste belge, rendues conscientes que le coût humain et financier de ces agressions constituait une charge majeure

pour l'entreprise. À la suite de ce contact, La Poste confia à sa cellule Accompagnement social (*Victim support*) l'organisation d'une permanence prête à intervenir instantanément et partout dans le pays pour aider les victimes de ce genre particulier d'accident du travail. Cette première initiative, pourtant appréciée des travailleurs, n'échappa à la suppression que par le hasard d'un événement tragique et mé-

*Professeur de psychologie, Centre de compétences Violences et Traumatismes (VITRA), Université de Liège, Boulevard du Rectorat - B33, Sart-Tilman, B-4000 Liège

**Criminologue, Competence center expert, Psycho-social prevention, La Poste WTC, Bruxelles, Belgique

***Médecin systémicien, Directeur du CITES Prévert, CHP Petit Bourgogne, Liège, Belgique

Cet article est issu d'une communication présentée lors de la Journée ALFEST-IAPR du 12 décembre 2004 à Paris

diatisé qui força La Poste à admettre la nécessité d'accompagner les victimes. La cellule fut renforcée et se forma notamment aux interventions de crise et au débriefing.

Parallèlement, la direction générale mit sur pied une campagne de lutte contre l'absentéisme au travail. Parmi les facteurs de cet absentéisme, les agressions et la psychopathologie post-traumatique tenaient une bonne place. Au départ, la demande de la direction fut donc explicitement de réduire l'absentéisme notamment en prenant les victimes en charge. Sur ce point précis, les deux interlocuteurs sollicités – le Service de psychologie clinique de l'université de Liège et le Centre d'informations, des thérapeutiques et d'études sur le stress (CITES Prévert) – et la cellule Accompagnement social réagirent par le même refus de s'inscrire dans une ligne strictement économique et quasi disciplinaire. Il fallait que le bien-être des personnes reste le seul objectif direct de l'action psychologique, le retour au travail étant un bénéfice secondaire de la sérénité et de la santé retrouvées. Cette condition initiale ayant été acceptée par la direction, l'élaboration et la mise en œuvre du programme de prise en charge purent commencer.

GÉNÉRALITÉS ET PRINCIPES

Dès l'émergence de la psychotraumatologie comme discipline distincte et la vogue des méthodes empruntées aux pratiques militaires américaines, il nous avait semblé inacceptable d'imposer autoritairement le même programme de prise en charge à toutes les personnes impliquées. Et cela non seulement parce que les différences individuelles appellent une intervention différenciée, mais encore parce que l'obligation de se soumettre à l'action impersonnelle de psychologues met le sujet dans une position d'impuissance et de déshumanisation qui est précisément caractéristique de l'expérience traumatisante. À défaut donc de pouvoir appliquer un kit thérapeutique standardisé, nous avons cherché à tenir compte des caractéristiques de l'expérience des victimes pour construire une stratégie plus nuancée.

On le sait, immédiatement après un événement potentiellement traumatogène, les personnes impliquées sont souvent dans un certain chaos émotionnel où se mêlent émotions brutes, peur, colère, détresse ; chaos dans lequel la perception et le traitement de l'information sont perturbés. On parle de vision "tunnélaire" pour désigner la sursimplification à laquelle procède la personne, perdue face au brouillage de la réalité. À cet instant, il faut donc que l'on propose des procédures simples, des unités élémentaires d'information qui facilitent la gestion immédiate de la situation et l'accès aux aides disponibles :

- les personnes doivent être soulagées des problèmes con-

crets (rechercher les enfants à l'école, remplir les formalités nécessaires, conduire un véhicule pour rentrer chez soi...) qui peuvent se révéler insurmontables en la circonstance ;

- un temps de décompression doit être prévu ;
- le milieu professionnel (les supérieurs, les pairs, le service de santé administratif, la médecine du travail, l'assureur-loi) doit être au courant des procédures et pratiques pour prendre ou comprendre les mesures appropriées ;
- l'accès aux intervenants doit être facilité (peu ou pas de formalités et de contrôles) et rester totalement libre durant la période au cours de laquelle la récupération naturelle de l'état de choc peut se produire.

Durant cette période, on ne peut considérer l'individu comme porteur d'une pathologie. Il s'agit plutôt de prévenir le développement éventuel d'un état morbide que de guérir un tel état, d'aider à retrouver un bien-être normal plutôt que de traiter un trouble. Il faut donc éviter de médicaliser l'intervention par des prescriptions inutiles et des certificats prématurés. Si, après cette phase initiale, l'état de la personne n'évolue pas favorablement et nécessite une prise en charge spécialisée, la consultation d'un professionnel indépendant, voire d'un expert, est à envisager afin de faire un diagnostic, une évaluation et de proposer une orientation thérapeutique adaptée.

SCHÉMA D'INTERVENTION ET MÉTHODES D'ACTION

Les exigences que nous venons de préciser se sont traduites dans le schéma d'intervention et dans le choix des méthodes d'action psychologique.

LE SCHÉMA D'INTERVENTION

Le schéma s'applique du moment de l'incident jusqu'à huit semaines plus tard :

- le jour de l'incident ou J0 : intervention de la cellule Accompagnement social de La Poste sur le terrain. Prise en charge des problèmes concrets. Accompagnement dans les contacts avec la hiérarchie, les services internes, la police, l'hôpital. Regroupement du personnel et première ventilation du vécu. Remise d'un écrit reprenant les informations essentielles dont certaines ont été déjà communiquées oralement. Invitation à participer au débriefing et à s'adresser aux centres "psy" qui n'interviennent pas sur place. Aide à prendre rendez-vous ;
- à J+1 : contact téléphonique avec toutes les victimes. Préparation du débriefing avec la hiérarchie ;
- de J+1 à J+3 : premier débriefing. Possibilité de rendez-vous avec les centres, si demande. Les rendez-vous sont donnés dans les 24 à 72 heures ;
- de J+3 à huit semaines : deuxième débriefing et visites

individuelles. Consultations des centres à la fréquence désirée, sans restriction ;

- à huit semaines : continuation de la prise en charge interne ou externe, selon les besoins, si le pronostic est bon à court ou moyen terme. Si le pronostic et l'indication sont incertains, consultation d'un autre professionnel pour avis ou prise en charge spécialisée.

LES MÉTHODES D'ACTION PSYCHOLOGIQUE

La spécificité de la prise en charge de personnes exposées à un événement potentiellement pathogène est à trouver dans l'origine réelle, externe et actuelle du désordre émotionnel douloureux. L'accompagnement tient compte de ces caractéristiques et requiert du psychologue une attitude de soutien plus active et concrète que celle qu'il a habituellement appris à adopter en tant que thérapeute. Il ne s'agit pas initialement d'une thérapie. Il ne s'agit pas non plus de l'application d'un programme standardisé et rigide, comme cela s'est souvent pratiqué en ce domaine.

Les deux centres de consultation (service universitaire et CITES Prévert) favorisent :

- l'expression des émotions ;
- l'évocation volontaire des images pénibles, dans des conditions sécurisées ;
- la recherche créative de solutions aux problèmes concrets (par exemple, des difficultés de déplacements secondaires à des phobies ou à des rituels...) directement engendrés par l'incident ;
- l'acceptation de l'hostilité déplacée soit sur le "psy", soit plus souvent sur La Poste ;
- la prise en compte de la situation globale (aspects sociaux, familiaux, financiers...);
- la mise en relation de l'expérience actuelle avec d'autres expériences ou des références significatives ;
- l'utilisation de techniques diverses, et notamment comportementales ou cognitives (désensibilisation, immersion, confrontation accompagnée...), susceptibles de favoriser le traitement psychique de l'expérience pénible

Les interventions directes des psychologues dans le milieu du travail sont évitées. En revanche, la fonction de porte-parole entre l'agent et diverses instances de l'entreprise est acceptée, voire proposée.

Les deux centres ont des spécificités qui les distinguent :

- le service de psychologie clinique de l'université de Liège a une approche essentiellement individuelle, verbale et éclectique. Le point de vue sous-jacent est que le traitement psychique de l'expérience est le facteur d'efficacité et que tous les moyens qui permettent d'amener les souvenirs, les émotions sur le plan psychique pour y être traités sont intéressants et justifiés ;

- le CITES Prévert recourt de plus à la prise en charge de groupe (mais cette approche est difficile à appliquer dans le modèle ici décrit, pour des raisons chronologiques et organisationnelles), à la relaxation, au massage et aux méthodes de gestion du stress.

PRÉALABLE À LA MISE EN ŒUVRE DU MODÈLE D'INTERVENTION

Les conditions préliminaires sont, d'une part, d'avoir l'accord de la direction générale sur le projet – reconnu projet-pilote dans la région liégeoise en raison de la localisation des deux équipes d'intervenants, du taux élevé de criminalité dans la région et du caractère expérimental du modèle – et, d'autre part, de fixer que, à la différence de ce que proposent quelquefois d'autres équipes, le seul objectif de l'intervention est le retour au bien-être, sans obligation de résultats et sans volet économique-professionnel.

La mise en œuvre a exigé un certain temps au cours duquel il a fallu :

- rencontrer la direction régionale et les services des ressources humaines et organisation du travail afin d'impliquer les responsables, d'examiner les répercussions des agressions et des traitements au niveau du travail, et de répertorier les possibilités légales, administratives et organisationnelles d'aménagement des conditions de travail pour faciliter la réintégration ;
- mettre le projet en forme et l'ajuster aux spécificités de l'entreprise et du travail grâce à la collaboration du service social dont une cellule est chargée des "victimes" ;
- répartir clairement les missions respectives de la cellule Accompagnement social et des "centres psy". La cellule intervient d'urgence sur le terrain. Elle assure un soutien immédiat, une aide concrète, organise ou prévoit des débriefings ou des réunions d'information selon les besoins des personnes impliquées, donne l'information sur les psychotraumatismes et sur les ressources mises à la disposition des agents. Elle joue un rôle proactif en encourageant à utiliser ces ressources. Elle assure la liaison entre l'agent et le milieu de travail (sensibilise le supérieur aux attentes ou aux craintes de l'agent). Elle contribue à rechercher des solutions souples et adaptées qui favorisent une réintégration plus douce (travail adapté, travail en doublon...). Elle s'inquiète des agents qui sont en absence de longue durée et leur rend visite ;
- garantir l'indépendance des centres et le secret professionnel par rapport à l'entreprise et à l'assureur-payeur, afin d'éviter la méfiance des travailleurs quant à la collusion éventuelle entre direction, financeur et intervenants ; l'indépendance est attestée par le fait que la clientèle de La Poste ne constitue une part majoritaire de la clientèle d'aucun des deux centres. Quant au secret, son respect absolu va de soi pour les intervenants. Toutefois, les agents

peuvent avoir des attentes variables à cet égard, le secret étant quelquefois ressenti comme un obstacle à l'obtention de certains avantages, par exemple ;

- assurer le libre choix du thérapeute : la cellule Accompagnement social qui intervient sur les lieux de l'incident, le jour même, informe les agents de l'existence des deux centres. Aucune pression n'est exercée pour que les agents s'adressent à ces centres conventionnés plutôt qu'à leur médecin traitant, à un psychiatre ou un psychologue en ville ;
- obtenir la liberté de consulter ou non, sans justification, ni restriction, ni rétorsion, pendant la période post-immédiate ;
- obtenir que les formalités soient réduites au minimum et qu'une aide soit fournie sur le plan administratif.

Une attention toute particulière a été accordée à l'information des membres de l'entreprise et de tous les acteurs. La communication a suivi deux voies principales. La première était le journal d'entreprise qui a ouvert ses colonnes à la problématique des psychotraumatismes : aspects cliniques, conseils de base, procédures à suivre en cas d'agression. Les centres "psy" conventionnés y ont été présentés et l'esprit du projet a été exposé.

La seconde voie a consisté en l'organisation de réunions au cours desquelles ces mêmes informations ont été diffusées. Les directeurs des équipes psychologiques et les membres du service social de La Poste ont assisté à toutes les réunions, tandis que la direction régionale y a participé de façon ciblée. Chaque réunion (30 participants maximum) a été orientée en fonction du public sélectionné. Ainsi, ont été rassemblés :

- des agents qui ont été victimes d'une ou plusieurs agressions sans présenter de séquelles. La réunion permet de valoriser leur expérience et d'apprendre d'eux comment ils pensent avoir pu surmonter l'épreuve ;
- des agents agressés et présentant des séquelles. Leur donner la parole devant des supérieurs, des étrangers à La Poste et des collègues, est un signe de l'attention que l'on porte à leurs difficultés et peut constituer une ébauche de réparation narcissique ;
- des percepteurs qui sont les responsables de première ligne vis-à-vis des facteurs et des agents agressés individuellement ou en groupe. L'attitude du supérieur hiérarchique peut avoir une influence considérable sur les réactions des victimes ;
- des médecins du service de santé administratif avec lesquels les effets de la médicalisation, les aspects médico-légaux et l'intérêt des mesures adaptées ont été explicités ;
- des représentants du personnel auxquels il est montré l'intérêt d'un modèle d'aide centré sur la compréhension, le respect et les besoins des travailleurs ;
- des médecins conseils et des médecins-contrôleurs avec lesquels peuvent être discutés les risques et bénéfices d'attitudes tantôt coercitives, tantôt encourageantes.

Durant tout ce travail préparatoire, le soutien de la direction régionale a été constant, et divers cadres s'y sont engagés personnellement de façon très active. Par ailleurs, cette phase d'information peut être qualifiée de prévention primaire.

MISE EN ŒUVRE DU MODÈLE D'INTERVENTION

Il est impossible d'évaluer exactement la proportion d'agents qui consultent les centres après avoir été exposés à un incident potentiellement traumatogène. En effet, la disparité des situations et des implications rend le recensement de ces agents irréalisable. Toutefois, on estime qu'environ un tiers de ces personnes consultent l'un des deux centres, les autres s'adressant à leur médecin généraliste, à un neuropsychiatre ou un psychologue de leur choix, ou encore ne sollicitant aucune aide.

Parmi ceux qui ont consulté les centres, deux tiers se sont présentés moins de cinq fois tandis que 20 % sont venus plus de 20 fois. Il n'y a donc pas de surconsommation des ressources psychologiques mises à disposition, contrairement aux craintes de ceux qui anticipaient une explosion de la demande de soins, des arrêts de travail et de la dramatisation des plaintes. À ce jour, les échos concernant les prises en charge sont assez favorables. Les agents sont plutôt satisfaits et disent du bien des centres autour d'eux. Le modèle est apparu sérieux, fiable et performant à l'assureur qui l'a transposé dans un autre service public.

Des problèmes se sont cependant révélés. Et plus particulièrement les problèmes inhérents à la liberté intangible que garde l'agent de choisir son thérapeute, liberté du client assortie de la liberté du thérapeute quant à ses options et méthodes. Ainsi, certains médecins, pour des raisons qu'ils jugent valables, prescrivent automatiquement de longs congés de maladie à tous les agents qui les consultent après une agression. Cette pratique, en totale contradiction avec la philosophie optimiste du modèle mis en place, est bien connue des travailleurs de La Poste, parmi lesquels certains y voient le traitement le meilleur ou, en tout cas, le plus avantageux. On notera encore les problèmes liés à la méconnaissance dont des psychologues et des médecins font preuve quant à la spécificité de la prise en charge des personnes exposées à un incident potentiellement traumatogène. Des traitements peu adaptés (psychothérapie "traditionnelle", prescription lourde de psychotropes) sont ainsi parfois administrés.

Par ailleurs, des variables externes au travail des intervenants mais inhérentes à l'entreprise ont exercé une influence non négligeable sur l'ensemble des mesures prises. Ont

souvent été cités ou observés comme éléments péjoratifs :

- l'absence ou l'insuffisance des mesures de sécurité et de sécurisation du lieu de travail ;
- la réduction du personnel dans le cadre des restructurations et rationalisations successives et toujours en cours ;
- l'augmentation de la charge de travail ;
- l'impossibilité de prendre les congés légaux ;
- l'hostilité à l'égard des victimes qui, du fait de leur absence, aggravent la charge assumée par les collègues ;
- la suspicion ou l'accusation que les victimes profitent de la situation et du système.

Ces éléments peuvent contribuer fortement au refus de mobiliser les ressources personnelles pour reprendre le travail dans une entreprise ressentie par certains comme irrespectueuse des travailleurs. Dans ces cas, les congés de maladie, les plaintes et les troubles expriment parfois plus la révolte contre le système que l'existence d'un état post-traumatique caractérisé.

CONCLUSION

L'élaboration d'un modèle d'intervention, fondé sur la phénoménologie de l'expérience d'être victime et sur la valorisation de la santé plutôt que sur celle des troubles, nous a conduits à chercher les moyens de rendre à la personne son autonomie et son bien-être en lui facilitant l'accès libre aux ressources disponibles. Celles-ci sont assez diversifiées, l'accent étant mis sur le traitement psychique de l'expérience grâce aux méthodes d'action les plus efficaces dans chaque cas.

Le milieu professionnel a été impliqué dans la construction même du modèle par le partage de savoirs, d'informations, et a contribué à sa mise en œuvre. Les structures d'aide immédiate installées par La Poste ont été respectées et valorisées, mais il s'est révélé important que la prise en charge à proprement parler soit réalisée par des professionnels indépendants de l'entreprise (à la différence de ce qui se passe, par exemple, à La Poste française⁽¹⁾). Pour les consultants, cette indépendance facilite l'expression libre des plaintes et griefs, la constitution d'une alliance thérapeutique bienveillante et le réinvestissement narcissique réparateur par réduction de l'énergie d'abord détournée du moi par les mécanismes de déplacement et de projection.

Dans l'esprit du modèle d'intervention orienté vers le bien-être et l'autonomie, faciliter l'accès à l'aide désirée et choisie par la victime n'entraîne pas de surconsommation des ressources, ni l'enkystement de l'invalidation ou de la revendication. La durée de la prise en charge est laissée à l'appréciation des consultants. Beaucoup d'entre eux (80 %) estiment ne plus avoir besoin d'aide après quelques semaines, ce qui pourrait infirmer l'utilité des dispositifs lourds systématiquement imposés à toutes les victimes sur

base d'une mésestimation de leurs ressources personnelles et d'une surestimation du caractère indispensable des interventions professionnelles^(2, 3).

L'expérience semble donc valider la viabilité et l'efficacité du modèle proposé tout en permettant de saisir l'influence péjorative de variables externes (tensions dans l'entreprise, conflits sociaux, traitements inadaptés...) sur la restauration d'un fonctionnement harmonieux chez certaines personnes qui ont été exposées à un incident potentiellement traumatogène. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - LÉGERON P, BANCEL-CABIAC B. L'accompagnement des victimes d'agressions. L'exemple du dispositif mis en place par La Poste. *Revue francophone du Stress et du Trauma* 2004 ; 4 (3) : 227-232.
- 2 - GAILLARD J. Des psychologues sont sur place... Paris : Fayard, 2003.
- 3 - MORMONT C. L'intervention psychologique auprès des victimes : questions éthiques. *Courrier de l'éthique médicale* 2004 ; 4 : 24-25.