

Les premiers soins psychologiques

ENRAYAGE

Par : Lehoux-Richer, Magali

Date de la publication : 8 mai 2026

Dans ce document :

Présentation des premiers soins psychologiques (PSP) comme intervention de première ligne auprès de personnes exposées à un événement traumatisant. L'accent est mis sur leur application auprès des victimes, témoins et proches touchés par la violence armée, et sur leur déploiement par des intervenants non cliniciens.



Une intervention de première ligne

Les PSP ne sont pas une thérapie. Ils constituent une réponse humaine, pratique et non intrusive aux besoins immédiats des personnes en détresse (sécurité, confort, information, connexion aux ressources) sans chercher à traiter ou diagnostiquer.

Accessibles à des non-cliniciens

Les PSP peuvent être dispensés par des intervenants communautaires, des travailleurs de rue, des bénévoles formés ou des pairs aidants.

Cinq principes d'action

Le modèle de l'OMS (2011) structure les PSP autour de cinq principes d'action: sécurité, calme, efficacité, connexion et espoir.

Objectifs

Les PSP visent à stabiliser la détresse psychologique aiguë dans les heures et les jours suivant un événement traumatisant, à prévenir le développement de symptômes chroniques, à orienter vers des services spécialisés les personnes qui en ont besoin, et à renforcer les ressources naturelles de résilience des personnes touchées.

Origine

Les PSP émergent comme cadre formalisé dans les années 2000, en réponse aux critiques adressées au Critical Incident Stress Debriefing (CISD), une approche de débriefage post-traumatique alors dominante, mais dont l'efficacité s'est révélée insuffisante voire iatrogène dans certains contextes. En 2011, un guide publié par l'OMS et les agences humanitaires des Nations Unies devient rapidement la référence internationale. Des versions adaptées au contexte nord-américain ont été développées par le National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) et le National Center for PTSD.

Méthodologie

Les PSP s'organisent autour de huit actions fondamentales (NCTSN et NCPTSD, 2006). Le contact et l'engagement (aborder la personne de façon non intrusive), la sécurité et le confort (assurer un environnement physique et émotionnel sécuritaire), la stabilisation (calmer les réactions), la collection d'information (identifier les besoins immédiats), l'assistance pratique (aider à les résoudre), la connexion aux soutiens sociaux, et les références vers ses services.

Principes

Les PSP reposent sur cinq principes directeurs.

Premièrement, le non-interventionnisme actif. L'intervenant ne cherche pas à forcer la parole ni à amener la personne à revivre l'événement traumatisant. Être présent, calme et disponible constitue en soi une intervention thérapeutique.

Deuxièmement, la réponse aux besoins exprimés. L'intervenant s'ajuste à ce que la personne demande plutôt qu'à un protocole fixe, reconnaissant que chaque réponse au trauma est unique. Les besoins immédiats d'une personne en état de choc peuvent être pratiques (eau, abri, information sur ses proches) autant que psychologiques.

Troisièmement, la normalisation des réactions. Informer la personne que ses réactions de détresse sont normales face à un événement anormal contribue à réduire la honte, l'isolement et la crainte d'être "fou".

Quatrièmement, la mobilisation des ressources naturelles. Plutôt que de créer une dépendance au professionnel, les PSP cherchent à activer les ressources déjà présentes dans l'entourage de la personne.

Cinquièmement, le soin aux soignants. Les PSP reconnaissent explicitement le risque de trauma vicariants chez les intervenants et intègrent des pratiques d'autoprotection dans leur formation.

Un sixième principe, moins formalisé mais de plus en plus reconnu dans la pratique, est la *sensibilité culturelle* : les manifestations de la détresse post-traumatique varient significativement selon les contextes culturels, et les PSP doivent être adaptés pour rejoindre les personnes dans leurs propres cadres de référence culturels, linguistiques et spirituels.

Évaluations

Les PSP font l'objet d'un consensus professionnel et organisationnel solide, mais leur base évaluative empirique demeure limitée. Une revue systématique de Dijkstra et al. (2014) recense très peu d'essais contrôlés randomisés sur les PSP, principalement en raison de la difficulté éthique et logistique à conduire ce type d'étude en contexte de crise. Les données disponibles indiquent une bonne acceptabilité par les bénéficiaires et les intervenants, et une efficacité perçue sur la stabilisation immédiate. L'Australie et les Pays-Bas ont développé des programmes PSP spécifiquement adaptés aux contextes de violence urbaine avec des résultats préliminaires positifs. La principale critique adressée aux PSP est leur caractère athéorique : leur efficacité reposerait davantage sur le bon sens relationnel que sur une théorie du changement explicite, ce qui complique leur évaluation rigoureuse.

Bibliographie

1. Dijkstra, M., Moonens, I., Van Praet, K., De Buck, E. et Vanderkerckhove, P. (2014). A systematic literature search on psychological first aid: Lack of evidence to develop guidelines. *PLOS ONE*, 9(12).
2. National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD. (2006). *Psychological first aid: Field operations guide* (2e éd.). <https://www.nctsn.org>
3. Organisation mondiale de la santé. (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. WHO Press.
4. Ruzek, J.I., Brymer, M.J., Jacobs, A.K., Layne, C.M., Vernberg, E.M. et Warson, P.J. (2007). Psychological first aid. *Journal of Mental Health Counseling*, 29(1), 17-49.