

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

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

**Tremblement de Terre d'ALGER  
2003**

## **Plan de la Formation**

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

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

### **Le devenir du traumatisme**

- Le syndrome de stress post-traumatique
- La résilience

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

- Le Défusing
- Le Débriefing

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

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

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

- **Les événements graves**

Il peut s'agir

de sinistres, de catastrophes naturelles :

- **tremblements de terre**
- inondations, des établissements scolaires sinistrés
- décès d'élèves, de collégiens lors de catastrophe avec répercussions au niveau de l'environnement scolaire

d'accidents :

- Suicide d'élève
- Décès accidentel en situation scolaire

mais aussi d'agressions :

- Agression physique dans l'enceinte scolaire
- De prise d'otages dans l'enceinte scolaire
- Agression sexuelle dans le milieu scolaire
- Enfants abusés sexuellement par un enseignant.

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

Les élèves et enseignants (ainsi que tout le personnel scolaire) peuvent subir des chocs et endurer des réactions émotionnelles intenses, en relation avec le lieu scolaire.

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

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

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

Bien que différentes pour chacun, ces réactions sont normales, parfois imperceptibles, et durent en général quelques semaines, diminuant progressivement dans les trois mois. Concrètement cet état de stress aigu peut se traduire par **des troubles physiques, émotionnels et/ou du comportement** dont les signes typiques sont :

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

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

### ➤ **Des perturbations neurovégétatives**

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

### ➤ **Des réactions dissociatives**

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

### ➤ **Des souvenirs intrusifs**

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

### ➤ **Des conduites d'évitement**

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

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

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

### ➤ **Une gêne psychosociale**

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

## • Le trauma de l'enfant et de l'adolescent

La connaissance des syndromes psychotraumatiques chez l'enfant et l'adolescent a beaucoup progressé ces dernières années, en particulier sur le plan clinique.\*

\* - VILA G, PORCHE LM, MOUREN-SIMEONI MC. "L'enfant victime d'agression". Paris : Masson, 1998.

**Les états de stress post-traumatique (ESPT)** existent chez l'enfant, voire le très jeune enfant et sont nettement plus fréquents qu'on ne le croyait.

- Une étude épidémiologique en population générale a montré que 2/5 des adolescents âgés de 18 ans ont subi un traumatisme tel que défini par le DSM-III-R et que plus de 6% ont un diagnostic sur toute la vie d'ESPT.
- Les formes sub-syndromiques d'ESPT ne remplissant pas tous les critères requis par le DSM sont encore plus fréquentes et ne doivent pas être sous-estimées. Les formes différées d'ESPT sont précédées bien souvent par ces formes sub-syndromiques.
- Dans une étude longitudinale menée sur 26 enfants d'une classe prise en otage en région parisienne (VILA G, PORCHE LM, MOUREN-SIMEONI MC. "An 18-month longitudinal study of post-traumatic disorders in children who were taken hostages in their school". Psychosomatic Medicine 1999; 61 : 746-754.) les évaluations standardisées ont retrouvé quatre ESPT complets DSM-IV contre neuf ESPT incomplets à deux mois de l'événement. Or sur 18 mois sept ESPT complets (35%), dont deux différés ont été observés. Seuls huit enfants étaient restés exempts de troubles et 69% avaient présenté des troubles post-traumatiques à un moment ou à un autre de l'évolution.

Il se dégage un consensus sur le fait que la quasi totalité des enfants exposés vont présenter des **réactions immédiates de stress** dont une proportion importante va évoluer vers un ESPT aigu (par définition d'une durée de moins de trois mois). La majorité des troubles apparaissent dans les trois mois suivant l'événement. Une minorité passe à la chronicité. Dans les cas de trauma répétés (enfants de 8 à 12 ans réfugiés du Cambodge sous le régime de Pol Pot et des Khmers rouges) on observe une persistance de l'ESPT de l'enfance à l'adolescence et à l'âge adulte jusqu'à 29 ans.

### **Les troubles associés à l'ESPT ou suivant isolément le trauma :**

- ◆ Autres troubles anxieux (phobies, anxiété généralisée,...)
- ◆ Trouble d'anxiété de séparation en référence à la théorie de l'attachement "insécure" de Bowlby avec le refus scolaire qui le complique souvent
- ◆ Etats dépressifs majeurs
- ◆ Troubles somatoformes
- ◆ Troubles dissociatifs et addictions pour les plus âgés (alcool, drogue, tranquillisants, nourriture-boulimie, comportements indésirables,...)
- ◆ Troubles agoraphobiques se déclarant plus tard chez l'adulte.

Chez l'enfant l'apparition de phénomènes régressifs est envisageable, une énurésie, un parler "bébé" ou une succion du pouce après un psychotraumatisme.

Le **syndrome de répétition** ou encore **de remémoration** ou **de reviviscence** est l'élément central. Les enfants présentent des jeux répétitifs, jeux et dessins compulsifs, des remises en actes, d'où la dimension de plaisir est absente ainsi que la conscience de rejouer, c'est le plus souvent un tiers qui rapporte ces comportements inhabituels.

**Les souvenirs du traumatisme** répétitifs et intrusifs, peuvent être visualisés sous la forme d'hallucinations ou plutôt d'illusions et de flash-back saisissants.

**Des reviviscences proprioceptives, tactiles ou olfactives** sont parfois rapportées, de tels souvenirs fortement sensorialisés sont déclenchés par des stimuli actuels rappelant le traumatisme, mais surviennent aussi spontanément quand l'attention des enfants se relâche : lorsqu'ils s'ennuient en classe ou devant la télévision, au repos ou au moment de l'endormissement.

Avant l'âge de 5 ans **les cauchemars** à thèmes non spécifiques, sans contenu reconnaissable ou les **terreurs nocturnes** sont plus fréquents que les rêves récurrents de reviviscence traumatique considérés comme le cœur sémiologique de la névrose traumatique de l'adulte.

**L'émoussement de la réactivité générale** avec anesthésie affective, la réduction des intérêts et sentiment de détachement sont rares chez l'enfant pour des traumatismes légers et ce d'autant qu'il est plus jeune.

Ces enfants ont la conviction que d'autres traumatismes se produiront nécessairement, un **sentiment profond de vulnérabilité et la perte de la confiance** habituelle accordée aux adultes protecteurs surviennent aussi.

**Les peurs spécifiques** liées au traumatisme constituent après les reviviscences, les comportements de répétition et l'attitude changée vis-à-vis des gens, de la vie et de l'avenir la quatrième caractéristique principale des psychotraumatismes de l'enfant. Ce sont des manifestations phobiques dont le stimulus est électif (peur de telle race et non des chins en général) ou plus banal mais tenace la peur du noir persistante après une agression dans un lieu sombre de l'établissement.

**L'évitement persistant des stimuli associés au traumatisme**, ce sont des efforts délibérés pour éviter les activités ou les situations en rapport avec l'événement traumatique, mais aussi les pensées et les sentiments qui y sont liés.

**Les distorsions des cognitions et des perceptions** sont souvent marquées au détriment de la classique amnésie psychogène post-traumatique de l'adulte. La chronologie est ainsi évoquée dans le désordre et les interprétations erronées concernant leur déroulement sont fréquentes.

**La réévaluation cognitive des événements a posteriori** génère la croyance en des présages, des mauvais augures que l'enfant pense prédictifs de ce qui allait se passer. Ces **reconstructions et réinterprétations** du passé ou des souvenirs de l'enfant sont comprises comme des tentatives de maîtrise rétrospectivement d'une situation inattendue et inhumaine qui brutalement a dépassé toutes ses capacités d'élaboration psychique.

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

### **Le devenir du traumatisme**

- Le syndrome de stress post-traumatique
- La résilience

**Jean-Pierre VOUCHE** psychothérapeute, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
69 rue Condorcet 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.1.45.26.21.77 et 00.33.6.18.44.37.07

ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09

## • La résilience

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Définition et réflexions

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Distinction de concepts voisins**

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

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

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

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

## **La notion dynamique de la résilience**

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

On peut utiliser la métaphore d'un arbre blessé pour rendre compte de ce phénomène : un arbre en cours de croissance subit un dommage grave. La tempête casse ses branches ou la foudre s'abat sur lui, ou il subit toute une série d'agressions diverses. Mais malgré tout, l'arbre ne meurt pas. Il va continuer à se développer, et lorsque nous l'observerons des années plus

tard, il sera peut-être devenu un fort bel arbre, malgré les cicatrices visibles ici et là sur son tronc.

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

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

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

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

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

B.Cyrułnik a utilisé la métaphore de l'oxymoron pour bien indiquer cette situation paradoxale. De la même manière qu'en rhétorique l'oxymoron consiste à associer deux termes antinomiques, vont coexister chez l'individu résilient "la faiblesse et la force, la douleur et le triomphe, le ciel et l'enfer", comme l'indique B.Cyrułnik dans " *Un merveilleux malheur*" ③.

③ Cyrułnik B. Un merveilleux malheur. Paris : Odile Jacob. 1999.

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

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

Trois éléments de la résilience sont à prendre en compte :

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

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

**Les facteurs personnels** regroupés sous trois rubriques vont jouer : la constitution génétique, des forces intra-psychiques spécifiques et des capacités d'adaptation orientées vers l'action.

Les caractéristiques des enfants résilients sont celles d'un tempérament considéré comme "facile" : ce sont des enfants qui ne pleurent pas de façon excessive, ce sont des enfants qui ont une bonne autonomie, un bon self-control, ont un bon niveau de sociabilité et beaucoup d'empathie, ils sont actifs et chaleureux, ont un sens élevé de leur valeur, une bonne estime de soi, une bonne capacité à planifier; organiser, résoudre les problèmes; enfin ils ont le sens de l'humour, relativisant, prenant du recul.

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

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

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

## **Conclusion**

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

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

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

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

- Le Défusing
- Le Débriefing

**Jean-Pierre VOUCHE** psychothérapeute, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
69 rue Condorcet 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.1.45.26.21.77 et 00.33.6.18.44.37.07

ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **L'Accompagnement Psychologique d'Urgence**

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

### **Les Soins Immédiats sur le terrain ou Defusing**

#### **? Objectifs, spécificités**

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

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

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

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

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

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

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

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

**? Fonctions**

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

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

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

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

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

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

**Jean-Pierre VOUCHE psychothérapeute, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
69 rue Condorcet 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.1.45.26.21.77 et 00.33.6.18.44.37.07**

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

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

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

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

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

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

### **? Objectifs, spécificités**

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

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

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

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

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

### **? Fonctions**

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

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

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

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

## Le Débriefing Collectif

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

#### Le Débriefing collectif :

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

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

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

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

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

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

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

#### Les indications :

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

#### Quand ?

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

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

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

### **Quels participants ?**

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

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

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

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

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

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

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

### **Une action, l'écoute active :**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **La durée :**

Doit tenir compte de l'état d'épuisement des sujets dû aux conditions de sortie de l'événement, de la durée d'exposition à l'événement traumatique, au trajet effectué depuis l'événement subi.

Il n'y a pas lieu d'être intrusif en demandant des récits comportant des détails ou exigeant des réactions émotionnelles sous le prétexte d'un effet cathartique. C'est sous le signe de la liberté que le débriefing évolue, liberté de parole, engagement de la parole du lieu de la douleur. Il n'est pas question de refuser de répondre à des questions légitimes sur les troubles ultérieurs et la manière d'y faire face, l'essentiel n'est pas là. C'est ce que les intéressés ont à dire, eux, sur l'expérience qu'ils ont traversée qui constitue le savoir qui compte.

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

### **L'objectif :**

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

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

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

### **Un effet, le sens :**

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Après le débriefing :**

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

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

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

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