



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire

Une expérience d'intervention psychologique après le naufrage d'une pirogue à Bettenty au Sénégal

An experience of psychological intervention after the sinking of a pirogue in Bettenty, Senegal

Ibra Diagne^{a,*}, Ndeye Diale Ndiaye Ndongo^b, Allé Baba Dieng^c, Abdoulaye Bousso^d, Aida Sylla^e, Mamadou Habib Thiam^f

^a Hopitaux-établissement public de santé Mbour, Thiès, Sénégal

^b Conférences agrégée en psychiatrie, CHNU Fann, Fann, Dakar

^c Équipes mobiles d'intervention et de Soutien/Centre des Opérations d'Urgences sanitaires, Ministère de la santé et de l'action sociale, Dakar, Sénégal

^d Centre des opérations d'urgences sanitaires, ministère de la santé et de l'action sociale, Dakar, Sénégal

^e Dakar, Sénégal

^f Service de psychiatrie, Dakar, Sénégal



INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 22 mai 2019

Accepté le 22 avril 2020

Disponible sur Internet le 16 mai 2020

Mots clés :

Débriefing

Équipe mobile

Groupe de parole

Prise en charge

Sénégal

Traumatisme psychique

RÉSUMÉ

Le Sénégal a connu depuis plusieurs décennies des catastrophes. Entre autres, le naufrage du bateau le *Joola*, en 2001, avec tout son cortège de troubles physiques et psychologiques. Le Sénégal a été touché une fois de plus par un naufrage qui a causé la mort par noyade de 21 femmes et 54 rescapés. Ce naufrage a eu lieu à Bettenty, une localité insulaire enclavée du Sénégal, portant entièrement sur la population locale. Une prise en charge psychologique des rescapés, familles et intervenants locaux s'imposait. Une mission de prise en charge psychologique a été dépêchée. Cette équipe avait pour mission : la prise en charge médico-psychologique des 54 rescapés, le soutien psycho-social aux familles des victimes, et le soutien psychologique du personnel médical local. Elle a mis en place des soins post-immédiats par des groupes de parole, des débriefings individuels et des visites à domicile. Cette intervention à Bettenty reste une première mission coordonnée avec l'avènement de l'Équipe Mobile d'Intervention et de Soutien (EMIS) Psychosocial, mise en place en 2016 par le Centre des opérations d'urgence sanitaire du MSAS pour des actions de prise en charge médico-psychologique des victimes de catastrophe et de leurs proches. En effet, le Sénégal, pays en développement, s'initie progressivement à la mise en place de manière formelle et structurée de cellules de prise en charge psychologique. À partir des expériences d'intervention médico-psychologique, il sera possible de rectifier leur mise en place et déroulement, pour des actions ultérieures plus efficaces.

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Senegal was hit once again by a shipwreck that caused the drowning deaths of 21 women and 54 survivors. This shipwreck took place in Bettenty, an isolated island town in Senegal, focused entirely on the local population. Psychological care for survivors, families and local stakeholders was needed. A psychological care mission was dispatched. The mission of this team was medico-psychological care for the 54 survivors, psycho-social support for the families of the victims, and psychological support for the local medical staff. She provided immediate post-treatment care through talk groups, individual debriefings and home visits. This intervention in Bettenty remains a first mission coordinated with the advent of the Mobile Response and Support Team (EMIS) Psychosocial, set up in 2016 by the Center for Sanitary Emergency Operations of the MSAS for actions taken medical and psychological care of disaster

Keywords:

Debriefing

Mobile team

Psychic trauma

Senegal

Speaking group

Supported

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ibradiagnepsy@yahoo.fr (I. Diagne).

victims and their relatives. In fact, Senegal, a developing country, is gradually learning how to set up formal and structured cells for psychological care. From the experiences of medico-psychological intervention, it will be possible to rectify their setting up and unfolding, for later actions to be more effective.

© 2020 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Comme un peu partout dans le monde, le Sénégal a connu depuis plusieurs décennies des catastrophes. Entre autres, le naufrage du bateau le *Joola*, en 2001 avec tout son cortège de troubles physiques, psychologiques [5] qui avait fait près de 21 morts. Une cellule de soutien médico-psychologique avait alors été mise en place dans l'urgence, sans préparation préalable ni formalisation. Elle est restée presque sans lendemain, n'ayant pas abouti à la mise en place de structure pérenne de prise en charge de ce type.

À la suite de ce naufrage sans précédent, il y a eu bien des catastrophes : accidents graves de la circulation, déraillements de train, effondrement d'immeubles, incendie mortel. Elles ont été prises en charge çà et là par des équipes médico-psychologiques formées spontanément selon les structures médicales informées.

Le 24 avril 2017, un nouveau drame a été enregistré dans le pays : le naufrage d'une pirogue à Toubacouta dans la localité insulaire de Bettenty (Fatick) qui revenait d'une récolte d'huîtres, pirogue de 15 mètres de long, avec 75 personnes à bord dont la majorité était des femmes avec une moyenne d'âge de 30 ans. Parmi elles, 21 femmes étaient décédées, dont une enceinte de six mois, la plus jeune ayant 11 ans et les plus âgés 47 ans. Une femme enceinte de 6 mois y figurait. Elle est arrivée décédée au centre de santé de Sokone. Tous les corps ont été enterrés le lendemain 25 avril 2017 à Bettenty. Les rescapés au nombre de 54 ont été pris en charge au niveau du poste de santé de la localité par le Médecin Chef du District de Sokone.

Ce naufrage constitue un traumatisme psychique pour les personnes qui ont échappé à la mort mais aussi pour les parents plus ou moins proches des victimes dans ce village où la population est considérée comme une seule et grande famille. Il était nécessaire d'apporter une assistance psychosociale à ces victimes (rescapées, parents des victimes, proches, l'équipe médicale du district sanitaire de Sokone, etc.).

C'est dans ce contexte de deuil et de souffrance psychologique marqué par la perte de personnes proches, voisines, de conjointes et de parents que le Centre des Opérations d'urgence sanitaire (COUS), en collaboration avec la Division Santé Mentale (DSM) du ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) a dépêché une équipe sur les lieux du drame.

Cette équipe sera appuyée, dans le cadre de sa mission, par le District sanitaire et le Centre de Promotion et Réinsertion sociale (CPRS) de Sokone, à travers une équipe pluridisciplinaire par une approche intégrée de prise en charge.

Cette mission avait pour objectifs : la prise en charge médico-psychologique des 54 rescapés, le soutien psycho-social aux familles des victimes, et le soutien psychologique du personnel médical local expérimentant ainsi une première action coordonnée d'intervention dans l'intérieur du pays.

Les auteurs se proposent de partager leur expérience d'intervention psychologique sur le terrain.

2. Récit de l'événement selon le capitaine de la pirogue

Le 24 avril 2017, aux alentours de 17 heures, un drame a été enregistré au Sénégal. Il s'agit du naufrage d'une pirogue à

Toubacouta, dans la localité insulaire de Bettenty (Fatick). Soixante-quinze personnes étaient à bord, dont la majorité était des femmes d'une moyenne d'âge d'environ 30 ans. Elles revenaient d'une récolte d'huîtres. Le naufrage a fait 21 victimes, des femmes décédées par noyade et 54 rescapés. La plus jeune était âgée de 11 ans et la plus âgée 47 ans.

Selon le capitaine de la pirogue, rescapé, « l'accident est survenu à un endroit où la profondeur n'excédait pas 1,50 mètres. La pirogue mesurait initialement 11 mètres de largeur, sur lesquels sera fait un raccordement de 4 mètres pour en augmenter la capacité de charge. Le capitaine précise cependant qu'il était à sa troisième sortie en mer avec cette embarcation.

« Le jour du drame, après avoir traversé deux niveaux différents de la mer (une partie basse et une supérieure), les femmes avaient fait leur cueillette d'huîtres. Au retour comme à l'accoutumée, la partie supérieure de la mer devait être traversée en pirogue, et du fait du poids des femmes et de la récolte, la partie basse à pied. À quelques mètres de la fin de la partie supérieure de la mer avec l'effet du vent de la haute mer, la pirogue buta sur un estran de sable et les passagers à bord furent pris de panique. Ceux occupant le devant se sont jetés sur ceux à l'arrière, et la pirogue bascula. C'est ainsi que les premières victimes se sont noyées, et la tentative d'assistance et de secours par les autres passagers aggrava la situation.

« C'est quelques heures après que les premiers secours sont arrivés. Par la suite, l'information est arrivée jusqu'aux autorités sanitaires de la localité qui ont immédiatement mis en place un dispositif de prise en charge ».

3. Mise en place de l'équipe d'intervention

L'intervention psychosociale des victimes du naufrage à Bettenty a été entreprise par le Centre des opérations d'urgence sanitaire (COUS) du ministère de la Santé et de l'Action Sociale, en collaboration avec la Division Santé Mentale.

Le COUS a été mis en place pour la gestion et la coordination des actions d'urgence dans les situations de catastrophes. Il s'est très vite identifié par la création d'équipes mobiles d'intervention et de soutien psychosocial en collaboration avec la division santé mentale. [2–11]. L'intervention à Bettenty a été décidée sur la base d'un rapport d'évaluation de la situation sanitaire des populations touchées effectué par le Médecin Chef de District (MCD) de Sokone, chef-lieu d'arrondissement.

Ce rapport soulignait la présence des symptômes psycho-traumatiques chez certains rescapés tels que les signes de stress dépassé (sidération, agitation psychomotrice, fuite panique). Des signes psychosomatiques avec une forte charge émotionnelle avec douleurs musculaires et abdominales associés à des battements cardiaques répétitifs et des insomnies ont été décelés. La plupart des femmes rescapées interrogées déclaraient avoir peur de retourner en mer même en l'absence d'autre solution, la mer et le petit commerce constituant les seules activités économiques du village. Il stipulait aussi le besoin déclaré d'une assistance psychosociale par des spécialistes formés, l'équipe du district sanitaire de Sokone n'étant pas formée à ce type d'intervention dans de telles situations.

Ce rapport a en outre permis une description de la localité du sinistre avec des informations sur la langue la plus parlée. Il décrivait aussi les résultats de l'intervention psychosociale immédiate qui a été effectuée par l'équipe du district sanitaire de Sokone pour les 49 rescapés.

Le Centre des opérations d'urgence sanitaire a avisé le chef de la Division de la Santé Mentale du ministère de la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal, le 27 avril 2017 soit 72 heures après le naufrage, pour constituer une équipe d'intervention psychosociale d'urgence. Ainsi la division de la santé mentale a pu mobiliser trois intervenants dans les deux heures qui suivaient, toutes formées à l'écoute et aux techniques de prise en charge psychosociale des victimes de situations d'urgences : un psychiatre et deux assistantes sociales à la retraite.

Tenant compte du renseignement de taille indiqué dans le rapport concernant la langue la plus parlée, sur les trois membres désignés, deux de l'équipe parlaient parfaitement la langue locale de l'île, le « Socé » (dialecte du Sénégal).

4. Travail de l'équipe d'intervention

4.1. Cadre de l'intervention

L'intervention s'est déroulée sur le site du naufrage qui est l'île de Bettenty. Située dans la commune de Toubacouta, dans la région de Fatick, à plus de 500 km de la capitale, Dakar, Bettenty est l'une des plus grandes îles du Saloum avec une densité de population estimée à plus de 5 000 habitants.

Les seules activités économiques du village sont la pêche et la cueillette d'huîtres pratiquées par les femmes du village. Considérée comme une grande famille, la langue majoritairement parlée dans le village est le « Socé », un dialecte local du pays.

Pour ce qui est du plateau médical, l'île dispose d'un seul poste de santé où officient un infirmier-chef de poste, une sage-femme et un acteur communautaire. Il faut signaler, comme pour la plupart des îles, que l'accès à cette localité est très limité. Ainsi pour y arriver, il faut environ deux heures de traversée en mer et le moyen le plus habituel est la pirogue traditionnelle motorisée.

4.2. Stratégies d'intervention : le débriefing psychologique

Trois types de stratégies ont été retenus : le groupe de parole, l'entretien individuel et les visites à domicile. Le débriefing psychologique de groupe est un dispositif classique d'intervention des cellules d'urgence médico-psychologique. Il est mis en place pour des personnes qui ont été confrontées à une catastrophe majeure ou à une micro-catastrophe susceptible de générer un traumatisme [7]. C'est une réunion d'écoute et de décharge émotionnelle.

4.3. Où ?

Il a fallu tout d'abord s'adapter à la situation, cherchant un cadre adapté permettant de garder la confidentialité. Le poste de santé a été retenu, des coquillages de gros volumes (ou à défaut des verres), du scotch, des mouchoirs à jeter et un seau d'eau avec couvercle et des verres. Ainsi tous les 54 rescapés du naufrage de la pirogue ont eu à participer à la séance.

4.4. Quand ?

Une intervention différée dans le temps, se tenant 72 heures après l'événement traumatique. Notre technique se basait sur le modèle de l'Intervention psychothérapeutique post-immédiate (IPPI) proposé par les équipes françaises [11–13] et a d'abord

consisté en des débriefings collectifs puis en visites à domicile et en débriefings individuels.

4.5. Comment ?

Les soins post-immédiats constituent un temps décisif de la prise en charge. Leur précocité est le principal élément qui détermine leur succès. Ils visent à libérer le sujet de l'emprise de la répétition, présente ou à venir, et de faire céder l'angoisse. Ils consistent en des entretiens de débriefing, individuels ou collectifs [2–8] centrés sur l'événement : la mise en mots, les émotions éprouvées, les pensées qui ont surgi à tel ou tel moment, etc.

Les débriefings de ce groupe ont été menés par le psychiatre, assisté tour à tour des assistantes sociales parlant le dialecte local.

Notre intervention correspondait ici à la prise en charge des victimes dans les jours qui suivent l'événement traumatique, dans le cadre de consultations de gestion de crise mises en place à cette occasion pour une brève durée.

L'objectif essentiel de ces consultations, quelles que soient les techniques utilisées, est d'aider les victimes à métaboliser l'événement vécu dans le but d'une remise rapide dans un fonctionnement quotidien « normal » [8].

4.5.1. Des groupes de parole

Des groupes de parole peuvent être utilisés à cette période post-immédiate [9]. Les groupes de parole sont des séances d'information psychosociale (SIP) dont le but est d'offrir à la fois un espace d'écoute et d'expression, où la parole peut être posée et entendue ; de proposer un espace qui permet de communiquer efficacement sur les difficultés rencontrées dans une problématique particulière, grâce aux échanges qui s'y produisent.

Les groupes de parole ont été entrepris avec les rescapés du naufrage, répartis spontanément en deux groupes permettant un minimum de travail psychique. D'abord avec un de 25 sujets, puis avec celui de 24 juste après. Ces groupes étaient exclusivement féminins.

Après s'être présentés, les intervenantes ont énoncé les motifs de leur présence, les consignes de confidentialité, de respect de la parole de chacun, et de libre participation au groupe.

Il s'agissait de partager les émotions ressenties, les pensées éprouvées à tel ou tel moment. La dynamique de groupe aidant, l'élaboration propre et personnelle du vécu était encouragée. Les séances avaient duré chacune une heure et demie.

Il en est ressorti des plaintes psychosomatiques : algies diffuses, douleurs thoraciques, céphalées. Les participantes ont fait état de flash-back avec reviviscences : certaines disaient avoir peur de la mer car revivant toujours la scène avec les cris de détresse des uns et des autres. Les manifestations cliniques du traumatisme psychique suite à un événement traumatisant sont polymorphes et non spécifiques et varient en fonction de la nature de l'événement traumatique, de la proximité du sujet à l'événement et du nombre de morts [3]. Suite à ce naufrage, plusieurs symptômes psychotraumatiques sont apparus chez les rescapés, oscillant entre des troubles réactionnels réversibles et des troubles névrotiques constitués.

Des questionnements chez les participantes assimilés à une quête de sens ont fait évoquer la destinée et la volonté divine et ont déculpabilisé spontanément le piroguier connu de toutes pour sa maîtrise de la navigation. On entendait dire : « C'est vraiment un gentil monsieur, qui maîtrise bien son art. Cela devait arriver, c'est la volonté divine. »

Nous avons retrouvé tout de même des changements envisagés et des revendications occasionnées par la confrontation à l'événement, notamment l'amélioration des conditions de travail. En effet, pour toutes les rescapées, les distances étaient jugées tellement courtes qu'elles ne percevaient aucun risque.

À tel point qu'aucune mesure de sécurité n'était prise. Mais à ces instants, s'est posée la nécessité de gilet de secours même pour les trajets courts.

Certaines entrevoyaient de retourner à leurs occupations habituelles qui étaient le commerce de ressources halieutiques, principale source de revenus, tandis que pour d'autres cette reprise du chemin de la mer paraissait peu probable, du moins pour l'instant.

4.5.2. Des visites à domicile

Des visites à domicile (VAD) avaient été organisées pour les familles endeuillées. Cette activité a eu lieu la journée du samedi 29 avril de 9 h 30 à 17 h 30. Nous avons visité 13 familles dont une avait dénombré quatre victimes, une autre trois victimes ; trois familles ont enregistré deux victimes chacune et les autres chacune une victime. Les symptômes principalement retrouvés étaient des troubles du comportement avec des conduites de retrait, de mutisme, des troubles des conduites alimentaires.

Une responsabilité de l'accident était parfois retrouvée, surtout chez les conjoints. Cela avait permis de repérer les sujets en difficulté à qui était proposée une aide individuelle.

4.5.3. Des débriefings individuels

Lors des entretiens individuels, entrepris avec les cinq rescapés hommes dont le piroguier, les quatre matelots et deux rescapés chez qui avaient été remarqués des signes de stress dépassé, nous avons pu retrouver une symptomatologie anxio-dépressive en lien avec l'événement, avec une humeur triste, des sentiments de culpabilité, d'impuissance et de responsabilité du drame, des manifestations psychosomatiques à type d'aphonie post-traumatique.

Certains présentaient des signes de stress aigu post-traumatique avec insomnie, cauchemars avec sentiment de revivre le naufrage, peur sans raison avec sentiment de mort imminente associée à des symptômes neurovégétatifs à type de tachycardie, céphalées, douleurs thoraciques.

4.5.4. Prise en charge du personnel médical local

Nous avons aussi procédé à des entretiens individuels avec le personnel médical de la structure, à savoir la sage-femme, l'infirmier-chef de poste et les agents communautaires.

Il est apparu une incrédulité face à l'événement : « J'ai du mal à y croire. De braves dames parties à la recherche du pain quotidien, activité banale et courante », et un état de choc, de sidération chez d'autres.

Nous avons aussi retrouvé des troubles du sommeil à type de difficultés d'endormissement et de réveil précoce. Des flash-back avec des images envahissantes des corps déposés dans la morgue du village ont été rapportés, entraînant un évitement de la case de santé et perturbant ainsi leurs activités professionnelles.

Certains parmi les travailleurs du poste de santé ont présenté un déni face à la brutalité de l'événement, d'autres ont eu des réactions de questionnement, de quête de sens, par rapport à leur position de fin de carrière dans cette localité : « J'ai passé quatorze années tranquilles dans cette localité, voilà que je m'apprête à prendre ma retraite et qu'un tel drame survient ! »

Nous avons prescrit des anxiolytiques et même des anti-dépresseurs pour certains.

Ces entretiens ont aussi permis d'informer sur les modalités évolutives possibles dans une démarche de prévention [6], mais aussi pour faciliter les références spécialisées ultérieures [15].

La fin des débriefings a été l'occasion pour la population de nous remercier de leur avoir permis de s'exprimer : « Je n'ai pas l'habitude de m'exprimer devant tout le monde, mais là cela était utile. ... je ne pensais que cela allait être aussi bénéfique. » Presque tous les participants ont salué le soulagement apporté par le

dispositif. Parmi les participants aux débriefings individuels, certains ont été adressés à une consultation spécialisée.

5. Leçons tirées

Un enseignement de taille a été ici la mise à disposition de personnels habilités et formés à l'écoute et aux techniques d'aide psychosociale dans les situations de traumatismes collectifs, parlant parfaitement la langue locale. Cela a été un atout de taille, car ayant permis aux populations de se livrer sans retenue et d'exprimer leurs émotions en toute confiance.

La langue est un instrument puissant dans ces types d'intervention [4] car elle permet d'être précis, de mobiliser d'avantages d'idées, de représentations et de concepts pour aider les victimes et leurs familles.

Un autre a été le mode d'intervention utilisé : celui de l'écoute dans le cadre de groupe. Cette situation est particulièrement appropriée dans de nombreuses situations : tout d'abord, elle respecte la préférence du plus grand nombre de ne pas avoir à rendre compte de l'intimité de son être propre dans le cadre d'une relation duelle, parfois vécue au décours même du trauma comme beaucoup plus intrusive.

D'autre part, elle réalise une approche dont le mérite est de se mouler sur la situation telle qu'elle s'est développée au cours de l'événement, c'est-à-dire à plusieurs, en groupe [14]. Cependant il nous paraît déplorable de ne pas avoir disposé des adresses de diverses structures d'orientation et de référence à proximité géographique, alors que nous devions informer sur la possible apparition de symptômes psycho-traumatiques, et au cas échéant s'adresser aux structures idoines pour un suivi psychothérapeutique [1].

Pour ce qui est du délai d'intervention, il se situe à 72 heures après l'événement, donc tard eu égard à certains auteurs qui préconisent une assistance psychosociale immédiate dans les 24 heures suivant l'événement, quelle que soit la durée de celle-ci [16,17].

La situation de la localité et les difficultés d'accès posent la nécessité de mise en place d'équipes relais à travers le pays pour une disponibilité plus rapide et plus efficiente.

Un besoin qui sera pallié avec les volontés des autorités de disposer de listes permanentes de professionnels ressources à travers tout le pays. Professionnels qui seront formés à la prise en charge psychologique et susceptibles d'être mobilisés dans les délais pour intervenir partout où urgence il y aura.

6. Conclusion

L'assistance psychosociale des victimes de catastrophes ou d'événements traumatisants est un sujet au cœur de l'actualité, souvent sous le feu des médias, qui mêle à la fois des considérations sociétales mais aussi de santé publique. C'est un sujet « neuf » né de la prise de conscience par les pouvoirs publics sanitaires sénégalais, depuis le naufrage du bateau le *Joola* en 2001 qui avait fait plus de 2 000 morts et plusieurs rescapés. À cette période, il n'y avait pas de dispositif structuré et formel sur l'assistance psychosociale de masse au cours d'une situation d'urgence.

Ainsi avec l'avènement de l'Équipe Mobile d'Intervention et de Soutien (EMIS) Psychosociale, mise en place en 2016 par le Centre des opérations d'urgence sanitaire du ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS), les pathologies liées aux conséquences durables d'événements graves sortent d'une longue période de déni pour être enfin reconnues et prises en charge valablement.

Les enseignements tirés de cette première intervention coordonnée permettront une meilleure organisation ultérieure. Une organisation qui devra adapter les compétences aux

spécificités des demandes notamment en lien avec la diversité des dialectes parlés dans le pays, qui devra ajuster la nature de la réponse en favorisant l'inclusion progressive des équipes de psy aux dispositifs de secours existants.

Il faudra aussi pouvoir compter sur un maillage en réseau de telles équipes d'intervention à travers tout le Sénégal. Ce qui permettra une capacité de mobilisation rapide, élément indispensable.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Bouyssy M. Interventions précoces auprès des victimes de psycho traumatisme. DIU de Psychiatrie criminelle et médico-légale. Poitiers, Tours: Facultés de médecine d'Angers; 2007.
- [2] Centre des opérations d'urgence sanitaire (COUS). Intervention psychosociale dans les situations de catastrophes. In: Guide de l'intervenant « Équipe d'Intervention et de Soutien-EMIS- Psychosociale ». Sénégal; 2017.
- [3] Chidiac N, Crocq L. Le psychotrauma II. La réaction immédiate et la période post-immédiate. *Ann Méd Psychol* 2010;168:639–44.
- [4] Didier C. L'intervention médico-psychologique. Problèmes actuels théoriques et pratiques. *Evol Psychiatr* 2002;67:690–700.
- [5] Diouf ML, Fall L, Thiam MH, Sylla O, Gueye M. Naufrage du « Joola » (Sénégal, septembre 2002). Retour sur le travail de la cellule médico-psychologique. *Stress et Trauma* 2011;11:113–8.
- [6] Doucet C. En cellule d'urgence médico-psychologique : clinique de l'impair et réveil singulier. In: Doucet C, editor. *Le psychologue en service de psychiatrie*. Paris: Masson; 2011.
- [7] Doucet C, et al. L'intervention post-immédiate des cellules d'urgence médico-psychologique : étude clinique et psychopathologique de 20 débriefings psychologiques de groupe. *Ann Med Psychol* 2013;171:399–404. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2013.04.012>.
- [8] Feciane Bioud NK, Ait Mohand A. L'intervention médico-psychologique auprès des victimes de catastrophes et des situations d'urgence. Institut National de Santé Publique. Traumatismes psychiques-S M C 2 - INSP 04 2002.
- [9] Guichardon G. Groupe de Parole, Relogement, rédaction novembre 2006/ intervention 23janvier 2007, www.crdsu.org/Datas/File/DT_relogement/DT_relogement./Groupe-Parole-2.pdf.
- [10] Joubrel D, Doucet C. L'intervention des CUMP : réflexions cliniques à partir de la CUMP (35). *Information Psychiatr* 2008;84:847–52.
- [11] Lebigot F, Gautier E, Morgand D, et al. Le débriefing psychologique collectif. *Ann Med Psychol* 1997;155:370–8.
- [12] Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS). Arrêté portant sur la création et les règles de l'organisation et du fonctionnement d'une équipe mobile d'intervention et de soutien psychosociale N°19531; 2017.
- [13] Ponsetti-Gaillochon A, Duchet C, Molenda S. Le débriefing psychologique. Pratiques, bilan et évolution des soins précoces. Paris: Dunod; 2009.
- [14] Popovici E, Pawlik C. Quelques principes d'intervention d'une équipe mobile à destination de migrants précaires. *Observatoire Santé mentale Vulnérabilités et Sociétés Rhizome* 2018/2 (N(68)); 2018, page 9. <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2018-2-page-9.htm>.
- [15] Prieto N, Lebigot F. Les soins psychiques précoces en cas de catastrophe. *Rev Franc Stress Trauma* 2003;3:29–33.
- [16] Quelier C. Les cellules d'urgence médico-psychologique face à une demande croissante. Module interprofessionnel de santé publique. Rennes: École nationale de santé publique; 2001, https://documentation.ehesp.fr/memoires/2001/mip/g_31.pdf.
- [17] Rerbal D, Prieto N, Vaux J, Gloaguen A, Desclefs JP, Dahan B, et al. Organisation et modalités d'intervention des Cellules d'Urgence médico-psychologique. Recommandations de la Société française de médecine d'urgence (SFMU) en collaboration avec l'Association de formation et de recherche des cellules d'urgence médico-psychologique - Société française de psychotraumatologie (AFORCUMP-SFP). *Ann Fr Med Urgence* 2017;7:410–24.