



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
 www.em-consulte.com



## Communication

# L'intervention post-immédiate des cellules d'urgence médico-psychologique : étude clinique et psychopathologique de 20 débriefings psychologiques de groupe

## *Postimmediate intervention of medical and psychological emergency units: Clinical and psychopathological study of 20 group psychological debriefings*

Caroline Doucet<sup>a,\*,b</sup>, Dina Joubrel<sup>c,d</sup>, Didier Cremniter<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Laboratoire de psychopathologie, équipe d'accueil 4050, université Rennes 2, place du Recteur-Le-Moal, CS 24307, 35043 Rennes cedex, France

<sup>b</sup>Cellule d'urgence médico-psychologique, centre hospitalier spécialisé, 35000 Rennes, France

<sup>c</sup>Service psychiatrique d'accueil et d'orientation, coordination régionale (Bretagne), cellule d'urgence médico-psychologique, centre hospitalier spécialisé, université Rennes 2, 35000 Rennes, France

<sup>d</sup>EA 4050, université Rennes 2, Rennes, France

<sup>e</sup>Cellule d'urgence médico-psychologique, hôpital Necker, 149, rue de Sèvres, 75743 Paris cedex 15, France

### INFO ARTICLE

#### Mots clés :

Débriefing de groupe  
 Réactions psychopathologiques  
 Syndrome psycho-traumatique  
 Traumatisme  
 Travail psychique

#### Keywords:

Group debriefing  
 Mental work  
 Psychopathological reactions  
 Trauma  
 Trauma syndrome

### R É S U M É

Cette contribution présente l'analyse clinique et psychopathologique de 20 débriefings psychologiques de groupe réalisés par la cellule d'urgence médico-psychologique d'Ile-et-Vilaine suite à un décès brutal (suicide, accident de la voie publique, mort subite). Les résultats mettent en évidence les bouleversements psychiques liés au trauma allant de la désorganisation initiale jusqu'aux réorganisations psychiques ultérieures, suivant leur évolution limitée ou durable depuis l'événement jusqu'au débriefing et au décours même du débriefing. La recherche montre la présence de signes de la réaction de stress adapté et du syndrome psychotraumatique ainsi que les mouvements psychiques évolutifs propres à éviter la fixation à l'événement traumatique. Mais les résultats soulignent également que si certains sujets présentent de réels syndromes psychotraumatiques nécessitant une prise en charge psychothérapeutique individuelle, la généralisation du traumatisme ne doit pas masquer le fait que tout événement survenant brutalement n'est pas traumatogène mais provoque, le plus souvent dans les cas étudiés ici, une réaction de stress adaptée, d'où une évolution constatée plutôt favorable et relativement rapide de la symptomatologie. Enfin, l'étude permet d'affirmer que le débriefing contribue, moyennant certaines conditions, à soulager la détresse précoce et peut permettre d'amorcer une prise en charge psychothérapeutique.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### A B S T R A C T

**Objectives.** – Group psychological debriefings belong to the various ways of treating mental trauma. Methodological and temporal structuring of group psychological debriefings is likely to *highlight* subjective impacts along with the evolution of the psychodynamic functioning which has been damaged by the tragic event. This contribution presents the clinical and psychopathological analysis of twenty group psychological debriefings made by the medical and psychological emergency unit of Ile-et-Vilaine (Bretagne region, France) following sudden deaths.

**Method.** – This study goes by the 20 “intervention reports” which have been systematically written by the unit workers after each debriefing. These documents mention: the nature of the request, the number of the group psychological debriefings made for each event, the number of persons taking part of the group, the themes brought up during the debriefing development, the presence of symptoms following the event, the offer of individual consultations to some participants, the debriefing length and its subsequently possible continuation. The twenty analysed debriefings have been put in place following fourteen different events (10 suicides, three sudden deaths, an accident on the public highway), considering that several debriefings might have been organized for one same situation. The results show:

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [carolinedoucet1@orange.fr](mailto:carolinedoucet1@orange.fr) (C. Doucet).

1/ the effects on the mental functioning of the event in regard to the inventory of thoughts – or the lack of them –, affects, body manifestations, appearing at the moment of the event or its announcement; 2/ the symptomatology and psychopathological reactions that have occurred since the event; 3/ the limited or lasting effects of the event on the psychodynamic functioning and the resumption of mental work that can be noticed from the evocation of perceptions about the future.

*Results.* – Results highlight mental upheavals linked to the *trauma* from initial disruption to the subsequent mental reorganization, depending on their limited or lasting evolution since the event till the debriefing and its regression phase. The research lists the adapted stress reaction signs and the trauma syndrom signs brought up during the debriefing, as well as the evolutive mental movements likely to avoid the fixation of the traumatic event. Results shows that, while some reveal real trauma syndroms requiring an individual psychotherapeutic treatment, trauma trivialization shall not hide the fact that not all sudden events are automatically traumatic but generally trigger an adapted stress reaction. Suicide cases, particularly at the workplace, imply a narcissistic imaginary breach, whether direct or linked to the image of the firm depending on its function to the subject involved, which is propitious for traumatic breach. Adapted stress reaction is generally noted, probably because of the nature of the events studied in this research: the announcement of someone's sudden death – whose corpse was not discovered by those persons – without any threat against their own lives, which some call “secondary traumatization”. Hence a rather favourable and more or less rapid evolution of symptomatology, even if only a long-term epidemiological study could assess the presence of postponed, or even chronicized, symptoms.

*Conclusion.* – At a scientific level, group debriefings throw light on clinical and psychopathological impacts on many people confronted with a same event which can be potentially traumatic. They also confirm the subjective dimension of the trauma. The study allows to assert that a debriefing contributes to relieve early distress and initiates, if need be, a psychotherapeutic treatment.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## 1. Introduction

Le débriefing psychologique de groupe est un dispositif « classique » de l'intervention des cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP). 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. La structuration méthodologique et temporelle du débriefing psychologique de groupe est propre à mettre en exergue les incidences subjectives ainsi que l'évolution du fonctionnement psychodynamique de la confrontation à un événement potentiellement traumatique. Cette contribution présente l'analyse de 20 débriefings psychologiques de groupe mis en place par la CUMP 35 suite à 14 événements dramatiques faisant valoir les enseignements cliniques et psychopathologiques apportés par ce dispositif à la clinique du traumatisme.

## 2. Méthodologie

Cette étude s'est basée sur 20 « comptes rendus d'interventions » rédigés systématiquement par les intervenants au retour du débriefing [4,6]. Ces documents mentionnent la nature de la demande, les modalités d'accueil de la CUMP sur les lieux, le nombre de groupes de débriefing mis en place pour un même événement, le nombre de participants par groupe, les thèmes évoqués lors du débriefing au regard de son déroulement, la présence de symptômes depuis l'événement, les usages de la parole au sein du groupe, l'obtention ou pas d'effets thérapeutiques rapides par le dispositif, l'offre faite à certains participants de consultations individuelles, la durée du débriefing et son éventuelle poursuite sur un deuxième temps. Les résultats présentés dans le cadre de cet article portent sur l'analyse de trois éléments :

- les effets sur le fonctionnement psychique de l'événement à partir du recensement des pensées – ou de leur absence –, affects, phénomènes de corps, surgis au moment de l'événement ou de son annonce ;
- la symptomatologie et les réactions psychopathologiques survenues depuis l'événement ;
- les effets limités ou durables de l'événement sur le fonctionnement psychodynamique et la reprise du travail psychique repérable à partir de l'évocation des perceptions de l'avenir.

## 3. Déroulement du débriefing

Notre technique du débriefing se base sur le modèle de l'Intervention psychothérapeutique post-immédiate (IPPI) proposé par les équipes françaises [7,8] ainsi que sur les indications apportées par des cliniciens expérimentés [1]. Néanmoins, il s'agit d'un dispositif qui a fait l'objet de nombreuses études faisant parfois l'objet de controverses dans la littérature scientifique [2,3,5,9]. La mise en place d'un débriefing implique une préparation préalable assurée par la psychiatre régulatrice de la CUMP. Lors du débriefing, après s'être présentés, les animateurs énoncent le motif de leur présence, les consignes de confidentialité, de respect de la parole de chacun, de libre participation au groupe. Le débriefing proprement dit peut ensuite commencer. Il suit un découpage en trois temps – modulables – selon l'énonciation de chacun, les circonstances de l'événement et les personnes impliquées. En ce qui concerne les familles, la prise en charge groupale présente bien évidemment des variantes par rapport à la technique appliquée aux autres groupes. Néanmoins, trois temps se déclinent lors desquels chacun est d'abord sollicité afin qu'il précise les circonstances et le contexte subjectif dans lesquels il a été confronté à l'événement ; il s'agira ensuite que chacun précise les changements occasionnés par cet événement, et enfin d'évoquer individuellement la perception de l'avenir proche. Les débriefings ont lieu préférentiellement dans les locaux de l'institution demandeuse, sauf dans le cas des familles où le débriefing a lieu dans les locaux de la CUMP, dans un délai de quatre à huit jours après l'événement ou les obsèques.

## 4. Résultats

Nous présentons ici les éléments recensés au cours de 20 débriefings (Tableau 1) réalisés suite à 14 événements (dix suicides, trois morts subites, un AVP). Pour une même situation, plusieurs débriefings peuvent avoir lieu puisqu'il s'agit de constituer des « groupes homogènes ». Par exemple, la situation 3 (Tableau 1) a nécessité la mise en place de trois groupes de débriefings (un groupe de cinq salariés, un de huit administratifs, et un de six autres salariés) respectivement à sept, sept et 15 jours après l'événement, des débriefings animés chacun par deux psychologues. Les résultats

**Tableau 1**  
Échantillon de 20 débriefings de groupes réalisés par la CUMP (35) après 14 décès.

Événement	Demande	Dispositif	Participants nombre	Délai (jours)	Lieu	Intervenants	Entretien psycho-individuel
1. Suicide Défenestration enseignante	Directeur école	Débriefing	18 personnels	4	École	1 psychologue 2 infirmiers	0
2. Suicide pendaison Couple parental	Directeur	Débriefing	4 personnels	5	Locaux ADMIR	1 psychologue 1 infirmier	1
3. Suicide Pendaison Salariée	Directeur	Débriefing (3)	5 salariés 8 administratifs	7 7	Locaux entreprise	2 psychologues 2 psychologues	0
4. Suicide Pendaison Élève	Provisseur adjointe	Débriefing	15 élèves	15	Lycée	2 psychologues	0
5. Suicide pendaison	Mère de famille	Débriefing (2)	2 parents et 3 enfants	5	CUMP	2 psychologues	1
Adolescent				35	CUMP		
6. Suicide Cadre entreprise	Pompier entreprise	Débriefing	8 salariés	5	Locaux entreprise	2 psychologues	0
7. Suicide Pendaison Salariée	Maire	Débriefing	5 salariées	7	Locaux mairie	1 psychologue 1 infirmier	1
8. Suicide Pendaison Patient	Directrice	Débriefing	13 personnels	8	Locaux institution	1 psychologue 2 infirmiers	0
9. DC Nourrisson	Mère	Débriefing	2 parents	6	CUMP	1 psychologue 1 infirmier	1
10. Arrêt cardiaque	Médecin du travail	Débrief (2)	2 salariés	6	Locaux institution	1 psychologue	0
Salariée			5 salariés	6		2 infirmiers	
11. AVP	Mère	Débriefing (2)	2 parents et 2 enfants	8	CUMP	1 psychologue	1
Adolescent				38	CUMP	1 infirmier	
12. DC	Méd. Du travail	Débriefing	3 salariés	5	Locaux institution	1 psychologue	0
Salariée						2 infirmiers	
13. Suicide Défenestration	Direction	Débriefing (2)	5 salariés 3 salariés	6 10	Locaux institution	2 psychologues 1 infirmier	0
14. Suicide pendaison	Direction	Débriefing	5 salariés	11	Locaux institution	2 psychologues	0

présentés sont ordonnés selon les temps du débriefing présentés plus haut.

#### 4.1. Premier temps du débriefing : confrontation à l'événement et incidences subjectives

Les situations pour lesquelles les débriefings ont été mis en place se caractérisent toutes par l'aspect inattendu et soudain de l'événement (14 situations sur 14), laissant les personnes particulièrement démunies (notamment en ce qui concerne les passages à l'acte suicidaire : dix situations de suicide sur 14) (Tableau 2). La dimension de surprise, un effet de « choc », de « sidération », d'une « impossibilité à croire cette nouvelle » est au premier plan. Néanmoins, certains sujets évoquent une vigilance accrue, un état de tension, d'inquiétude, d'anxiété, parfois d'angoisse, « comme une prémonition », précédant l'annonce du drame rompant avec l'impréparation caractéristique de la situation traumatique. Les questionnements relatifs à la quête de sens présents dans tous débriefings quel que soit l'événement survenu sont particulièrement présents dans les cas de suicide. Ces questionnements réactionnels conduisent à évoquer, par exemple, la présence ou pas de signes annonciateurs, « il avait changé », « elle avait vidé son casier », « il était renfermé, comme ailleurs », la préméditation « il avait tout organisé » ou encore à préciser les liens antérieurs avec la victime. La diversité des réactions psychopathologiques est notamment à rapporter au rapport du sujet à la mort et à l'illusion demeurée ou pas jusque-là d'immortalité, « pourquoi elle a fait ça, moi je veux pas penser à la mort, habituellement j'essaie de jamais y penser ». Il n'est pas rare que des sujets témoignent de la présence de résurgences de traumatismes antérieurs qui prennent consistance à l'occasion de l'événement actuel, « ce

n'est pas le premier, j'en ai déjà vu il y a plus de 20 ans, à cette époque on ne les touchait pas, je préfère ne pas en parler ». L'implication subjective du sujet se mesure également dans la mobilisation ou pas de la pulsion scopique, « J'avais besoin de savoir où ça s'était passé, j'ai été sur les lieux, voir ». Un sentiment de culpabilité est fréquent quand des liens de proximité avec le disparu étaient présents, engageant la responsabilité « imaginaire » du sujet (« j'ai renoncé à appeler son mari alors que j'avais vu que ça n'allait pas ») et entraînant des questionnements, voire des ruminations évaluatives sur la manière dont l'événement aurait pu être ou pas évité. Parmi les affects fréquents, se manifestent la honte et la culpabilité d'avoir eu des vœux de morts inconscients à l'égard du disparu ou d'avoir ressenti un soulagement à l'annonce du décès. L'enjeu du débriefing n'est alors pas de déculpabiliser à tout prix, mais de permettre à chacun d'éclairer sa position subjective. Ainsi, apparaissent progressivement une énonciation et des énoncés singuliers, « je suis mal depuis ce décès, je suis une éponge à émotions, c'est comme ça depuis que je suis petite ».

#### 4.2. Deuxième temps du débriefing : symptomatologie et réactions psychopathologiques

Le Tableau 3 présente les symptômes les plus fréquemment décrits (Tableau 3). Les troubles du sommeil sont cités dans tous les débriefings (évoqués dans 20 débriefings sur 20), surtout sous la forme de cauchemars, de difficultés d'endormissement ou de réveil précoce, mais pas chez tous les sujets. Les images envahissantes de la scène du décès ou du cadavre sont très souvent évoquées lors de suicides, y compris lorsque le sujet n'était pas présent sur la scène critique, « Je la revois tout le temps tomber de la falaise », « Je me refais sans cesse dans ma tête le trajet qu'il a fait avant son

**Tableau 2**

Thématiques abordées au cours du débriefing.

Événement	Contexte/Pensées/Émotions
Suicide	Peur de voir les cadavres Choc, sidération, au moment de l'annonce, « flottement » Évocation des deuils antérieurs Sentiment de responsabilité face aux survivants (peur de mal faire, de ne pas être à la hauteur) Expression de regrets Évocation des souvenirs en lien avec la victime Compassion par rapport à la souffrance de l'entourage de la victime Solidarité Description de la conjoncture du passage à l'acte L'incompréhension du passage à l'acte Inquiétude quant à l'avenir des proches Difficultés de communication dans l'entreprise Mise en cause de la direction de l'établissement Description personnalité de la victime Évocation singularité des perceptions de l'événement Le rapport à la mort
Décès brutal autre que suicide	Description personnalité de la victime  Choc, sidération, au moment de l'annonce Description circonstances de l'accident Expression de regrets Évocation de la souffrance liée à la séparation, au manque Évocation des deuils antérieurs Évocation des souvenirs en lien avec la victime Sentiment de responsabilité de ne pas avoir constaté plus tôt la disparition de la victime Compassion par rapport à la souffrance de l'entourage de la victime Solidarité L'incompréhension du décès Inquiétude quant à l'avenir des proches Évocation des perceptions de l'événement Description de l'événement Sentiment d'injustice, de fatalité

suicide ». C'est donc à partir de son imaginaire que le sujet se forge cette image récurrente. Un évitement des lieux du décès ou des lieux de travail de la personne décédée est fréquemment décrit, ou, inversement, la nécessité de retourner sur les lieux du drame. L'affect de colère à l'endroit du disparu est fréquent dans les cas de suicide (dans huit situations de suicide sur les dix répertoriées), et il est d'autant plus intense que les participants n'avaient aucun lien avec la personne décédée (« Vous vous rendez compte, j'aurais pu tomber dessus, c'est moi qui habituellement arrive la première dans le service, il n'avait pas le droit de m'imposer ça »). Divers affects sont encore très présents dans ce temps du débriefing mais aussi l'évocation de certains comportements inadaptés suite à l'annonce du décès (une alcoolisation massive par exemple,

situation 3, une absence injustifiée au travail). Ce deuxième temps est l'occasion pour le clinicien de repérer les sujets fragiles, la persistance de symptômes ou leur diminution significative dès les premiers jours. Parmi les sujets à risques, ceux qui n'arrivent pas à assimiler l'expérience traumatique, tel cet homme qui décrit une « boule au ventre » depuis le décès, la persistance d'un mal-être inconnu jusqu'alors, une incapacité à se concentrer et à poursuivre ses activités habituelles ainsi qu'une tension en lui difficilement supportable laissant craindre un risque de passage à l'acte. Une distinction est à opérer entre les sujets pour lesquels on constate l'installation de symptômes inédits et ceux pour lesquels se produit une réactualisation de symptômes antérieurs, voire une amplification de symptômes anciens. Certains participants établissent, repèrent, signalent des liens associatifs jusque-là demeurés inconscients entre la situation actuelle et des situations antérieures, constat propice à l'obtention d'un effet thérapeutique rapide et à l'instauration du transfert généralement positif au clinicien. Bien souvent, une amélioration est énoncée et constatée lorsque le débriefer sollicite des précisions concernant la symptomatologie (« j'ai mis du temps à retrouver mes neurones mais maintenant j'arrive à nouveau à me concentrer »).

#### 4.3. Troisième temps du débriefing : fonctionnement psychique et perspectives

Ce troisième temps, délicat, laisse apparaître les sujets qui demeurent accablés par l'événement qu'ils viennent de vivre (« c'est dur, je n'arrive pas à supporter ça ») pour lesquels l'indicible empêche les tentatives de réorganisation psychique. Les participants décrivent un avant et un après l'événement (« ce ne sera jamais plus comme avant ») sous la forme d'une modification du rapport à la vie qui restera soit entachée (« moi, c'est au jour le jour que je vis maintenant »), soit sous la forme d'une réorientation des buts de l'existence (« je vais me centrer sur l'essentiel, ma famille, mes amis ») jusqu'à témoigner, parfois, d'un désir de vie renouvelé (Tableau 4). Dans le cas de débriefing d'une famille, les membres de la famille se disent amputés par la perte et il s'agit pour eux « de vivre au jour le jour », « de protéger les autres enfants de la fratrie », une inquiétude est exprimée quant à la possibilité d'aider les enfants restants. Ce troisième temps est l'occasion pour les participants de poser des questions aux intervenants, « spécialistes de ces situations ». L'événement fait expérience pour bien des sujets au point de porter à conséquences : améliorer les relations au sein de l'entreprise, « réussir ses études », « améliorer les conditions de travail », « favoriser la communication », deviennent des projets majeurs pour les sujets. La fin du débriefing est l'occasion d'évoquer le soulagement apporté par le dispositif. « Je voulais pas venir au départ, j'ai pas l'habitude de m'exprimer comme ça mais en fait ça sert à quelque chose », « je suis soulagée d'avoir craqué et partagé ce moment avec mes collègues », plus

**Tableau 3**

Symptômes du deuil post-traumatiques et des réactions psychopathologiques.

Symptômes post-traumatiques	Manifestations symptomatiques du deuil	Processus psychopathologiques
Tristesse, pleurs	Ébranlement émotionnel	Sidération ; culpabilité ; notion de faute ; si suicide, incompréhension quant au geste ;
Angoisse	Tristesse, pleurs	quête du sens à donner à l'événement ; implication subjective du sujet et mise en lien
Troubles du sommeil, Cauchemars de répétition	Angoisse	avec une souffrance antérieure ; manifestations somatiques : tremblements, impatience, malaise ; colère ; sentiment d'irréalité par rapport à la situation ; intériorisation
Réaction de sursaut	Fatigue	du défunt ; envahissement de la pensée par l'événement ; présence image du cadavre ;
Perte d'appétit	Douleur morale	déni de la mort ; retrait de la libido
Rumination mentale	Ambivalence des sentiments	
Fatigue	Évitement de certains lieux	
Flash		
Reviviscences, évitement de certains lieux		
Souvenir forcé		

**Tableau 4**  
Thématiques en lien avec l'avenir.

Événement	Thématiques
Suicide	Expression du souhait de passer à autre chose Avenir meilleur Demande de conseils éducatifs Reste les bons souvenirs Améliorer la communication au sein de l'entreprise Être attentif aux collègues Changement dans les projets Modification du rapport à la vie Améliorer les conditions de travail, la vie dans l'entreprise Formation pour apprendre à repérer un collègue qui va mal S'autoriser à passer à autre chose
Décès brutal autre que suicide	Attendre les résultats d'un procès Reprendre le travail Soutenir au mieux ses propres enfants Engager une psychothérapie Vivre au jour le jour Essayer de comprendre Modification de la perception de la vie

rarement ses limites « on parle mais ça changera rien, va falloir faire avec ». Ce troisième temps du débriefing conduit à évaluer la nécessité d'un deuxième débriefing ou de prise en charge individuelle. Le plus souvent, il s'agira d'une intervention unique, sauf dans les situations de deuils traumatiques impliquant une famille dans lesquelles nous organisons une deuxième rencontre, un mois après la première. Cette deuxième rencontre est demandée par les parents, rassurés par la perspective d'une deuxième rencontre avec les professionnels susceptibles de soutenir la famille dans le drame qui les frappe. Cela fut tout particulièrement le cas pour cette famille où, lorsqu'à l'annonce du décès de son frère, la sœur de la victime fit un passage à l'acte auto-agressif. Lors du premier entretien groupal, la jeune fille a pu expliquer son geste comme tentative de mettre fin à l'angoisse ressentie au cours de la nuit précédant la mauvaise nouvelle annoncée de façon différée. Le deuxième entretien groupal confirma cette hypothèse et produisit alors une diminution de l'anxiété parentale quant à ce qu'ils percevaient comme risque de récurrence.

## 5. Conclusion

Le débriefing psychologique pratiqué auprès de groupes s'inscrit dans les stratégies de soins appliquées aux personnes « susceptibles » d'être traumatisées par un événement. Cependant, la généralisation du traumatisme ne doit pas masquer le fait que

tout événement survenant brutalement n'est pas traumatogène mais provoque souvent une réaction de stress intense mais adaptée. Cette réaction est alors sans doute à rapporter à la nature de l'événement rencontré dans les situations présentées dans le cadre de ce travail : la mort brutale annoncée d'un autre – dont les personnes n'ont pas découvert le cadavre –, sans menace pour leur propre vie. Cela dit, les cas de suicide, et en particulier de suicide au travail, induisent une atteinte imaginaire narcissique directe ou en lien avec l'image de son entreprise selon la fonction qu'elle revêt pour le sujet, propice à l'atteinte traumatique. Il est possible de noter pour un grand nombre de sujets – nous excluons là les cas de deuil traumatiques de décès d'enfant – une évolution favorable et relativement rapide des manifestations de stress adapté et/ou des syndromes psycho-traumatiques même si seule une étude épidémiologique prospective de personnes ayant participées à un débriefing serait à même d'évaluer la présence de symptômes différés, voire chronicisés. Néanmoins, certains sujets présentent des syndromes psychotraumatiques persistants toujours liés à un événement traumatique passé actualisé par la situation traumatique récente, confirmant si besoin était la dimension subjective du traumatisme. L'étude permet d'affirmer que le débriefing – sous certaines conditions – contribue à soulager la détresse précoce et peut amorcer, lorsque nécessaire, une prise en charge psychothérapeutique.

## Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Références

- [1] Briole G. Après l'horreur, le traumatisme. *Quarto* 2005;84:16–21.
- [2] Chemtob CM, Thomas S, Law W, Cremniter D. Postdisaster psychosocial intervention: a field study of the impact of debriefing on psychological distress. *Am J Psychiatry* 1997;154:415–7.
- [3] De Clerq M, Vermeiren E. Le débriefing psychologique : controverses, débat et réflexions. *Nervure* 1999;6:55–61.
- [4] Doucet C. En cellule d'urgence médico-psychologique : clinique de l'impatience et réveil singulier. In: Doucet C, editor. *Le psychologue en service de psychiatrie*. Paris: Masson; 2011.
- [5] Dyregrov A. The process in psychological debriefings. *J Trauma Stress* 1997;10:589–605.
- [6] Joubrel D, Doucet C. L'intervention des CUMP : réflexions cliniques à partir de la CUMP (35). *Information Psychiatr* 2008;84:847–52.
- [7] Lebigot F, Gautier E, Morgand, et al. Le débriefing psychologique collectif. *Ann Med Psychol* 1997;155:370–8.
- [8] Ponsetti-Gaillochon A, Duchet C, Molenda S. *Le débriefing psychologique. Pratiques, bilan et évolution des soins précoces*. Paris: Dunod; 2009.
- [9] Van Emmerik AAP, et al. Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet* 2002;360:766–71.

## Discussion

*Dr L. Crocq.* – Les auteurs ont eu raison de parler d'événements « potentiellement » traumatisants, tant il est vrai qu'un même événement violent peut faire trauma pour un individu et pas pour un autre, ou pour l'un aujourd'hui mais pas demain dans d'autres circonstances de disponibilité d'énergie et de soutien psychosocial.

Les auteurs ont eu raison aussi de parler de la période postimmédiate (du deuxième au 15<sup>e</sup> jour, voire 30<sup>e</sup>) car c'est dans cette période que ou bien tout rentre dans l'ordre, ou bien s'installe l'état de stress post-traumatique. Le DSM dénomme cette période « État de stress aigu », mais ne propose rien pour la période immédiate du premier jour.

Les progrès de la séance de débriefing psychologique sont très bien identifiés par les auteurs : verbalisation des pensées, affects et symptômes corporels, puis réactions immédiates et ultérieures (dont la simple réaction de stress adapté) et enfin effets transitoires ou durables de l'événement sur le fonctionnement psychique.

Je rappelle à ce sujet que, dans notre démarche pro-active d'aller au-devant du patient, nous répondons à son besoin spontané de verbaliser ce qui fait trouble en lui, qui est entré en lui par les yeux, les oreilles, la bouche, la peau, etc., et sur quoi il a besoin de mettre des mots, des signifiants, qui vont donner du sens à l'absence et l'incohérence du trauma et permettre ainsi de



replacer cette expérience entre un avant et un après, dans la continuité fluide et sensée de la vie. Il s'agit d'une énonciation et non d'un récit.

Même si ce débriefing psychologique ne suffit pas toujours à réduire un vécu traumatique, il permet au moins – comme le font judicieusement remarquer les auteurs – d'amorcer un transfert propice à une thérapie ultérieure.

Quoi qu'il en soit, je crois qu'il convient de dénommer cette opération pour ce qu'elle est réellement, à savoir « intervention psychothérapique en postimmédiat », un débriefing purement narratif. Ainsi, nous nous mettons à l'écart des critiques injustes des soi-disant méta-analyses hollandaises qui avaient inclus dans leur inventaire de tels débriefings narratifs superficiels appliqués à tort, par des « pairs » expéditivement formés, à des victimes traumatisées.

*Réponse du Rapporteur.*– Nous remercions le Pr Crocq pour ses commentaires. La démarche « pro-active » évoquée me paraît intéressante à confirmer. D'autant que dans le cadre de l'intervention immédiate, il ne s'agit pas d'être là uniquement pour les victimes mais également pour les sauveteurs, de faire acte de présence et de référence clinique sur lequel s'appuient les sauveteurs. La présence de la CUMP contribue au retour à la communauté humaine face au dérèglement social et au chaos causé par l'événement. Le Dr Joubrel et moi-même soutenons aussi les propos du Dr Crocq sur le fait que l'animation du débriefing relève de cliniciens formés à la clinique de la parole et du transfert, contrairement à ce qu'affirment les études hollandaises ou celle de Dyregrov.

*Dr J.-G. Veyrat.*– J'ai déjà parlé ici du remarquable film de Peter Weir (*Fearless*) montrant une cellule de thérapie post-traumatique

dans laquelle les participants négligeaient collègues et familles, ne se sentant pas compris à l'extérieur. Avez-vous observé ce phénomène ?

Et d'autre part, il y a eu, il y a deux jours, une intervention lors du colloque de l'Encéphale sur les « Fonctions différentes du psychologue ». J'ai été choqué par leur oubli de cette fonction importante des psychologues, pourtant les plus médiatisés.

*Réponse du Rapporteur.*– Effectivement, nous avons reçu en consultation des personnes qui, à distance du traumatisme, présentent des signes d'isolement, une difficulté à dire qui n'est pas rapportable uniquement à l'effet du trauma mais aussi au fait qu'il n'y a pas eu d'ouverture à la parole dans les suites immédiates de l'événement. À propos des « fonctions du psychologue », en ce qui concerne la CUMP 35 (2005–2012), nous avons établi un travail de collaboration psychiatre-psychologue et de répartition des actes cliniques indispensable tant au plan clinique, thérapeutique que pragmatique. À titre d'exemple, le travail de régulation des interventions de la CUMP était assuré par la psychiatre alors que les débriefings de groupe étaient pris en charge par la psychologue.

*Dr D. Tesu-Rollier.*– Est-ce que le signalement par un tiers (en l'occurrence un directeur d'institution) lors des suicides multiples est fréquent et/ou significatif sur un plan statistique ?

*Réponse du Rapporteur.*– Comme présentées dans notre communication, la majorité de nos interventions se déroulaient à la demande des directeurs d'établissement ou d'entreprise en collaboration avec le médecin du travail suite à des suicides, survenus dans les lieux mêmes de l'institution, de l'entreprise ou à l'extérieur. L'augmentation des demandes d'intervention dans ces situations n'est pas sans lien avec la médiatisation des suicides en entreprise ces dernières années.

DOI de l'article original :

<http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2013.04.012>

0003-4487/\$ – see front matter

<http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2013.04.013>