

# Intérêt de groupes de parole de soignants à l'hôpital après les attentats du 13 novembre 2015 : réflexion à partir de deux groupes

## Role of Psychological Group Debriefing in Hospital after the November 13, 2015 Attacks: Contribute to Reflexion about Two Groups

M. Daudin · A.-L. Seyeux · D. Coutier · M. Boussaud · F. De Montleau

Reçu le 6 janvier 2016 ; accepté le 29 mars 2016  
© SFMU et Lavoisier SAS 2016

**Résumé** À la suite des attentats terroristes qui ont touché Paris et Saint-Denis dans la soirée du 13 au 14 novembre 2015, l'hôpital d'instruction des armées (HIA) Percy a été sollicité dans le cadre du plan Blanc, dispositif de mobilisation maximale prévu pour les situations sanitaires d'urgence et de crise. L'hôpital a fait face à un afflux massif de blessés graves présentant des plaies par balles. Il s'agit là de circonstances exceptionnelles, tant au niveau professionnel qu'humain. Après la mobilisation en urgence des équipes médicales et paramédicales, des demandes de soutien psychologique ont émergé de la part du personnel soignant. Nous présentons au travers de cet article les modalités de soutien médicopsychologique qui ont été proposées aux soignants de l'HIA Percy après ces événements, en nous centrant sur un des volets proposés, les groupes de parole. Au travers de deux exemples de groupes de parole menés auprès de soignants du service d'accueil et d'urgence et du bloc opératoire, nous soulignons les intérêts et les limites de cette modalité spécifique de soutien médicopsychologique.

**Mots clés** Groupe de parole · Débriefing · Soignants · Événement grave · Stress

**Abstract** On the evening of the November 13, 2015, a terrorist attack occurred in Paris and Saint-Denis. After this attack, the Percy Military Teaching Hospital activated the "Plan Blanc", the French emergency response plan for mobilizing doctors and medical workers. The hospital had to

manage a massive inrush of gunshot wounded people. This is an exceptional situation both in professional and human ways. After the emergency mobilization of medical and paramedical teams, the nursing staff requested psychological support. In this article, we present the medical and psychological support modalities offered to the caregivers of *hôpital d'instruction des armées* (HIA) Percy after these events, especially with regards to one of our component: talk groups. Using two examples of psychological debriefing groups with caregivers from the emergency department and the operating room, we stress the interests and the limits of such a particular medical and psychological support modality.

**Keywords** Support group · Debriefing · Caregivers · Serious event · Stress

### Introduction

Les circonstances de la vie militaire, en particulier dans les situations opérationnelles, entraînent un risque d'exposition à des situations traumatisantes sur le plan psychique. L'engagement opérationnel soutenu des forces armées françaises ces dernières années a rappelé que le personnel des équipes médicales était doublement exposé aux traumatismes psychiques, en tant que militaire mais aussi en tant que soignant. Ils sont amenés à réaliser des soins d'urgence, parfois sous le feu, mais également sollicités pour le ramassage des corps des morts, voire pour réaliser des tâches mortuaires.

À l'occasion de son audition par la commission de la défense à l'Assemblée nationale, le 24 novembre 2015, le directeur central du service de santé des armées disait à propos des soignants qui ont été mobilisés en urgence lors des événements du 13 novembre 2015 : « *Plusieurs de ces soignants diront que les scènes qu'ils ont dû vivre ici, à Paris, auprès des victimes civiles blessées par balles, ont parfois*

M. Daudin (✉) · D. Coutier · M. Boussaud · F. De Montleau  
Service de psychiatrie, hôpital d'instruction des armées Percy,  
101, avenue Henri-Barbusse, F-92141 Clamart cedex, France  
e-mail : daudin.m@wanadoo.fr

A.-L. Seyeux  
Unité de psychologie clinique et médicale, hôpital d'instruction  
des armées Percy, 101, avenue Henri-Barbusse, F-92141 Clamart  
cedex, France

dépassé la charge émotionnelle qu'ils ont pu ressentir sur les théâtres d'opérations » [1].

Nous présentons au travers de cet article les modalités de soutien médicopsychologique qui ont été offertes aux soignants de l'hôpital d'instruction des armées (HIA) Percy, en nous centrant sur un des volets proposés, les groupes de parole.

### **Attentats du 13 novembre 2015 : une mobilisation exceptionnelle du personnel soignant**

À la suite des attentats terroristes qui ont touché Paris et Saint-Denis dans la soirée du 13 au 14 novembre 2015, à l'origine de 130 morts et plusieurs centaines de blessés graves, l'HIA Percy a été sollicité dans le cadre du plan Blanc, dispositif de mobilisation maximale prévu pour les situations sanitaires d'urgence et de crise [2,3]. L'hôpital a fait face à un afflux massif d'une vingtaine de blessés graves présentant des plaies par balles.

Après la mobilisation en urgence des équipes médicales et paramédicales, des demandes de soutien psychologique ont émergé de la part du personnel soignant. Ces demandes ont été relayées par la hiérarchie de l'établissement, témoignant ainsi d'une attention particulière portée au personnel de l'hôpital. L'évaluation de l'indication d'un soutien psychologique pour les soignants, et des modalités de réponse à apporter dans ce contexte ont été menées par le chef de service de psychiatrie de l'hôpital ainsi que par le chef du service médical de psychologie clinique appliqué à l'aéronautique (SMPCAA), auprès des différents chefs de service concernés par l'accueil des blessés graves (service d'accueil et d'urgence [SAU], réanimation, centre de traitement des brûlés, bloc opératoire).

Plusieurs modalités de réponse à ces demandes ont été proposées. Elles ont été diffusées par la chefferie de l'hôpital à tout le personnel soignant trois jours après les événements, par le biais d'une note d'organisation, sur le mode d'une proposition et non d'une injonction. La première permettait l'accès rapide à des entretiens individuels auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue pour les soignants en faisant la demande. La seconde comprenait l'organisation de groupes de parole autour de cet événement grave, animés par un psychiatre et un psychologue de l'établissement. Nous développons ici les aspects concernant la mise en place de groupes de parole, à partir de notre expérience clinique, avec un groupe de parole effectué au profit du personnel du SAU et un second au profit du personnel du bloc opératoire. Nous utilisons à dessein le terme de « groupe de parole », à la place de « débriefing » pourtant couramment employé en milieu militaire ; l'utilisation de ce dernier terme pourrait introduire une ambiguïté auprès des participants sur la nature de la réu-

nion organisée, certains pouvant penser qu'il s'agirait d'un « débriefing technique », ce qui viendrait à l'encontre des objectifs attendus que nous allons développer ici.

### **Groupe de parole : une définition**

Il n'est guère possible d'étayer cette réflexion sur la littérature scientifique consacrée à ce thème, en raison de sa rareté et du caractère subjectif des quelques études sur le sujet [4,5]. L'intérêt du groupe de parole a surtout été évalué dans l'état de stress post-traumatique, mais pas ou peu auprès du personnel soignant [6]. Nous donnons donc ici une définition du groupe de parole, tel que nous le concevons et le pratiquons.

Le groupe de parole constitue l'une des modalités d'intervention en psychiatrie et psychologie de liaison au sein d'un hôpital général. Il peut se formaliser à l'initiative des soignants qui travaillent ensemble et qui constituent le groupe, ou bien émerger suite à un conseil ou une demande provenant de la hiérarchie. Il constitue un cadre propice pour la réflexion et la cohésion des personnes autour d'une expérience partagée, sollicite et structure une dynamique participative faisant appel aux ressources intra- et interindividuelles.

Le groupe de parole offre un espace ouvert et protégé qui échappe à une logique directe de rendement et d'efficacité. Dans un après-coup partagé à plusieurs, il offre la possibilité d'une mise en représentation des affects éprouvés, douloureux ou non. Lieu d'échange, d'écoute réciproque autour de l'événement partagé, cet espace invite les soignants, en tant que sujets impliqués, à parler des patients et d'eux-mêmes, à exprimer leurs sentiments, les angoisses, les souffrances et les émotions liés au sujet abordé. Ce temps et ce lieu de parole permettent aux participants d'effectuer un travail de pensée sur ce qui les touche et les affecte.

Il vise à favoriser l'expression et l'échange des vécus individuels autour d'une expérience commune, à distance des niveaux hiérarchiques habituels et des échelles de valeurs qui y sont liées. Le but est d'offrir à la fois un espace d'écoute et d'expression, où la parole peut être posée et entendue. Il s'agit donc d'un espace thérapeutique, au sein duquel la parole est donnée à chacun, avec un partage de la richesse des subjectivités individuelles. Il s'agit en outre de favoriser la possibilité de poursuivre la mission de soins.

### **Modalités de mise en œuvre au sein de l'hôpital d'instruction des armées Percy**

La mise en œuvre de groupes de parole pour le personnel soignant au sein de l'établissement a été rendue possible par l'intermédiaire des chefs de service concernés ainsi que

des cadres de santé. Ces derniers ont recensé le personnel mobilisé en urgence la nuit du 13 au 14 novembre 2015 et ont identifié plusieurs groupes de 10 à 15 personnes. La participation n'a pas été rendue obligatoire, mais a été vivement encouragée par les différents échelons hiérarchiques. Les groupes se sont échelonnés dans les deux semaines qui ont suivi l'événement.

Le groupe est animé conjointement par un psychiatre et un psychologue, formés à la gestion d'un groupe ; la dynamique du discours est entretenue par ce « couple » de circonstance, avec des mouvements transférentiels différents en fonction de l'interlocuteur. En outre, la présence d'un second intervenant permet le cas échéant de proposer un entretien individuel immédiat à une personne qui ressentirait le besoin de quitter le groupe, du fait d'une réaction émotionnelle très intense et difficile à apaiser par exemple, ce qui ne s'est pas produit dans les groupes que nous allons détailler. Il n'y a pas de conduite à tenir a priori, dans le sens où ceux qui animent le groupe s'en remettent aux aléas de la rencontre avec les participants [7]. Quelques principes de fonctionnement sont néanmoins énoncés en amont, comme la confidentialité, la liberté de silence et de parole, une vigilance de chacun à parler pour lui-même à partir du « je », c'est-à-dire à être responsable de ce qu'il ressent et dit. La possibilité d'entretiens individuels est rappelée au début comme à la fin de la séance. L'approche est non directive. L'initiative quant à la répartition de la parole doit rester à ceux qui conduisent le travail du groupe. Cela demande du tact, une vigilance soutenue et une attention à chacun des participants. Tous doivent pouvoir s'exprimer [8,9].

Nous précisons avant de poursuivre notre propos que tous les éléments abordés à l'occasion des groupes de parole ne sont pas retranscrits, par souci de préserver l'identité des soignants et des victimes, mais aussi la part d'intime qui a pu être exprimée à cette occasion.

### **Groupe de parole pour une équipe de soignants du service d'accueil et d'urgence**

Le premier groupe de parole que nous avons animé est réalisé au profit de soignants du SAU (médecins seniors et juniors, infirmiers, aides-soignants, brancardiers, secrétaires), au nombre de 13. Tous ont partagé le même événement : l'accueil d'un afflux massif de blessés par balles dans la nuit du 13 au 14 novembre 2015. Le groupe est organisé le 23 novembre 2015, soit dix jours après l'événement. Le lieu proposé est la salle de réunion du service de psychiatrie, soit un autre lieu que le cadre habituel de travail. Le groupe est animé par un psychiatre et un psychologue. Ce dernier permet d'assurer une certaine extériorité par rapport au groupe et à l'événement, le psychiatre ayant lui-même été mobilisé en urgence lors de l'événement. La durée du groupe est fixée

d'emblée, afin que chacun puisse se rendre disponible pendant le temps prévu ; elle est d'environ une heure trente.

La prise de parole se fait librement ; chacun a pu s'exprimer au décours de la séance. Le premier soignant qui s'exprime se présente et évoque spontanément les événements. Il décrit une organisation en équipes, constituées d'un médecin, d'un infirmier et d'un aide-soignant, chaque équipe ayant à sa charge un blessé. Chacun rebondit alors spontanément sur ce que l'autre de la même équipe vient d'exprimer, comme si ces équipes « improvisées » demeuraient toujours.

L'un peut dire : « *Il y a des patients qu'on n'oublie jamais. Je me souviendrai toujours du blessé que j'ai pris en charge ce soir-là* ». Certains participants sont amenés à formuler les émotions qui les ont saisis : « *Je me suis senti touché en plein cœur, dans ma chair* », dit l'un. Le deuxième parle de son sentiment d'une proximité affective liée à la proximité des lieux des attentats. Un troisième souligne la jeunesse des victimes : « *C'est des jeunes, comme nous, qu'on a vus arriver* ». Une jeune femme rebondit sur cette peur qui a été la sienne, qu'un proche soit parmi les blessés. On retrouve à l'œuvre dans ces différentes interventions un mécanisme de défense fréquent chez les soignants, de type identificatoire. Un autre soignant évoque au moment de l'alerte une difficulté à s'extraire de son quotidien familial : « *Lorsque j'ai dit à ma famille que je devais retourner à l'hôpital, car il s'était passé quelque chose de grave, mon fils s'est mis à pleurer. C'est ça qui a été le plus difficile à vivre pour moi* ». Une interne évoque avec une certaine retenue son inquiétude ce soir-là, celle de ne pas être à la hauteur : « *C'était la première garde de mon premier semestre* ». Une autre interne fait part d'un sentiment d'excitation, voire de fascination à l'arrivée des blessés : « *Le chirurgien, j'avais juste envie de le pousser et de faire les gestes à sa place* ».

Les réactions émotionnelles des blessés sont abordées sous divers aspects par les participants, et notamment la sidération anxieuse de certaines victimes, faisant écho à leur souffrance de soignants, eux-mêmes parfois restés sans voix devant l'étendue de l'horreur. « *J'étais surpris de voir combien les victimes étaient calmes* », dit l'un. Un autre souligne le silence de nombreux blessés. Un troisième s'étonne : « *Aucun ne criait* ». Un soignant rapporte le tableau d'une victime légèrement blessée, qui se tenait debout, le regard dans le vide : « *Je croyais voir un zombie* ». L'expression de zombie n'est pas sans rappeler la figure du mort-vivant, renvoyant à la dimension traumatique de l'événement.

Un membre du groupe se saisit alors de la parole pour prendre le contre-pied de ce qui vient d'être dit : « *Moi je suis peut-être un sans-cœur, mais je n'ai pas été touché comme les autres* ». Il souligne l'expérience acquise en opération extérieure, qui fait que les soignants militaires sont « *habitués* » à ce genre de situations et seraient donc en quelque

sorte « *blindés* ». Néanmoins, le petit moment qu'il fait partager au groupe contredit son propos : dans le couloir de la radiologie, il est interpellé par un blessé qui lui demande des nouvelles de sa compagne. Il se dit en lui-même qu'avec le nombre de victimes blessées et décédées, il y a très peu de chance qu'il puisse lui répondre ; quand l'homme lui donne le nom de sa femme, il se trouve justement qu'il a pris en charge cette dame. Les brancards de cet homme et de cette femme allongés se croisent dans le couloir et leurs mains s'étreignent : « *Je me souviendrai de ce couple blessé et de ce geste de tendresse entre eux* ».

Sobrement, certains révèlent la fierté qu'ils ont à travailler au SAU, mais aussi au sein de cet hôpital. D'autres rapportent la confiance qu'ils ont les uns envers les autres, déjà présente auparavant, mais qui s'en est trouvée renforcée. La qualité de l'organisation de la prise en charge des blessés est aussi soulignée. La question de la reconnaissance est abordée par certains, avec la visite du ministre de la Défense dans les jours qui ont suivi les événements : « *Dès que le ministre m'a serré la main, je me suis sentie beaucoup mieux* ».

## Groupes de parole pour une équipe de soignants du bloc opératoire

Un autre groupe de parole que nous avons animé est réalisé au profit du personnel du bloc opératoire (médecins seniors, cadres de santé, infirmiers généralistes, anesthésistes et de bloc opératoire). Le groupe, composé de 15 personnes, apparaît plus hétérogène que celui du SAU : certains ont travaillé la nuit du 13 au 14 novembre 2015, d'autres ont assuré le week-end qui a suivi et enfin quelques-uns n'étaient pas présents bien qu'ayant manifesté leur volontariat pour revenir sur l'hôpital. La présence de ces derniers n'était pas prévue dans le dispositif, nous reviendrons sur ce point dans la discussion. Le groupe est organisé le 27 novembre, soit 14 jours après les événements. Le lieu est la salle de réunion du bloc opératoire. Il ne s'agit pas du « lieu idéal » : les personnels y circulent, les appels à l'interphone sont audibles directement de la salle et aucune fenêtre n'est ouverte sur l'extérieur. Nous comprendrons par la suite pourquoi il était important de respecter le lieu choisi par ce groupe. Chaque personnel y reste habillé en tenue de bloc, en vert, avec un calot sur la tête pour certains ; et il demeure dans son univers quotidien décrit par la suite comme une « forteresse », avec une fonction de protection vis-à-vis de l'extérieur qu'il est peut-être important de préserver lors de ce temps d'échange. Le groupe est animé par un psychiatre et un psychologue du service de psychiatrie, accompagnés par un anesthésiste pour « pénétrer dans la forteresse » du bloc opératoire.

Là encore, la prise de parole est spontanée et chacun peut s'exprimer. Le premier participant à intervenir commence

par un récit très technique des événements. L'expression des affects est encouragée au fur et à mesure. Un second soignant intervient : « *Moi, sur le trajet en voiture pour revenir à l'hôpital, j'ai déroulé toutes mes fiches de procédure dans ma tête* ». La question des modalités de protection psychique est abordée par plusieurs participants. Le premier tient au « territoire » du bloc opératoire. Celui-ci est décrit sur le plan imaginaire comme une protection au moment de l'afflux des blessés, une coupure avec l'extérieur (en opposition avec le SAU qui est ouvert et soumis aux aléas des allées et venues de victimes), avec peu d'informations qui filtrent, ce qui permet de se concentrer sur les tâches techniques à accomplir pour la préparation de la salle de bloc. Certains soignants décrivent l'ultime préparation et l'attente en gants stériles : « *J'avais les mains en l'air, je bougeais plus, j'attendais, c'était long d'attendre* ». La seconde protection qui est évoquée est celle du champ opératoire. « *Quand le patient est champé —*, dit une infirmière de bloc opératoire — *on est dans la technique. C'est juste un thorax...un abdomen* ». Le concept d'« objectivation comme autodéfense », notion introduite par Abelson et Zimbardo en 1970 [10], exprime l'idée de se protéger du débordement émotionnel en considérant des « cas » plutôt que des personnes, mécanisme de défense faisant appel au clivage. L'action et le recours à la technicité offrent aux soignants du champ somatique maintes possibilités de défenses psychologiques qui sont ici mises en lumière, comme l'isolation ou la rationalisation.

Mais cette protection imaginaire a aussi son revers. C'est lorsqu'elle disparaît que les soignants peuvent se trouver confrontés à la réalité humaine de la situation dans toutes ses dimensions et à une identification éventuellement déstabilisante avec les victimes. Il y a par exemple l'angoisse par rapport au nombre de blessés : « *On a fini avec un blessé, il y en a un autre qui arrive, on ne sait pas quand est-ce que ça va s'arrêter* ». Citons aussi la perplexité exprimée par une soignante au moment du réveil d'un blessé : « *J'ai été surprise que le patient m'appelle par mon prénom* ». « *Quand il n'y a plus de technique, on ne sait plus comment faire* », dit l'un d'eux. Au cours de la séance, certains soignants s'expriment par le silence ; par exemple en hochant la tête en signe d'approbation. D'autres ont un vif désir d'exprimer leur ressenti, leurs émotions. Celui-ci parle de la peur inscrite en lui : « *J'avais peur qu'un collègue ou qu'un proche soit parmi les victimes* ». Un mouvement d'identification projective est décrit par une jeune femme : « *Une des victimes avait le même prénom que moi...quand je lui ai retiré ses boucles d'oreille, ça m'a fait un drôle d'effet de constater que j'avais presque les mêmes* ».

Comme pour le groupe du SAU, l'importance de la reconnaissance est soulignée quasi unanimement. En premier lieu, lors d'une réunion technique, le chef du bloc opératoire a remercié son personnel pour le travail accompli. Le caractère

peu habituel de l'expression de la gratitude au sein du monde hospitalier est ainsi évoqué : « *On nous dit quand ça va pas, mais c'est rare qu'on nous dise que c'est bien ce qu'on a fait* ». Un autre soignant exprime avoir été touché par un petit mot mis dans chaque casier par le chef du bloc pour remercier chacun. Les sentiments de confiance des uns envers les autres et de fierté sont à plusieurs reprises l'objet d'échanges au cours de la séance.

L'expression d'une ambivalence dans le rôle de soignant est signifiée par plusieurs participants. L'un exprime avec culpabilité une dimension d'excitation dans sa tâche. Un autre : « *C'était le grand soir, j'y étais, tant mieux ou tant pis, je ne sais pas* ». Une troisième témoigne de la même ambivalence au travers d'une image du bloc opératoire qu'elle veut partager : « *J'ai vu un geste technique que je ne connaissais pas, j'ai vu un cœur qui bat. J'ai honte de le dire, mais j'ai trouvé ça beau. C'est très beau un cœur qui bat* ».

Nous terminons notre propos sur ce « *cœur qui bat* », exprimant à la fois le réel et la fascination dans laquelle chaque soignant a pu être pris ce soir-là, mais aussi le cœur comme représentant le centre des émotions et des affects — certains soignants du SAU avaient d'ailleurs pu exprimer combien ils avaient été touchés « *en plein cœur* » — et surtout comme symbole de la vie.

## Discussion

Ces deux exemples de groupes de parole proposés aux soignants de l'hôpital après les attentats du 13 novembre 2015 permettent d'ouvrir plusieurs interrogations et pistes de réflexion. Ils soulignent aussi les intérêts et les limites de cette modalité spécifique de soutien médicopsychologique.

La première interrogation, qui s'est posée d'emblée au moment de l'évaluation de l'indication d'un soutien psychologique pour les soignants et de ses modalités de mise en œuvre, est celle de l'identification des participants aux groupes. Fallait-il retenir uniquement le personnel impliqué pendant la nuit du 13 novembre 2015 ou bien élargir à toute personne délivrant des soins aux victimes et recevant les témoignages des blessés ? Les groupes de parole ont été préférentiellement proposés aux soignants impliqués la nuit du 13 novembre 2015, ayant partagé le même événement, brutal et chargé de violence. Ils se sont donc réalisés au profit de groupes constitués, c'est-à-dire des personnels qui se connaissent, qui ont l'habitude de travailler ensemble et qui devront à nouveau travailler ensemble par la suite. Il a également été proposé à tous les soignants de l'hôpital qui le souhaitaient, des entretiens individuels, permettant donc à chacun d'exprimer une souffrance psychique en lien avec ces événements.

Le temps de l'évaluation permet également d'écarter une éventuelle contre-indication au groupe de parole, par exemple le dysfonctionnement d'un groupe de soignants au cours de l'action. En effet, même dans un groupe constitué, il peut y avoir des contre-indications à utiliser le groupe de parole, car celui-ci ne peut fonctionner que si s'établissent entre les participants des identifications « de Moi à Moi », autrement dit que chacun puisse se mettre à la place de l'autre [11]. La mise en place d'un groupe de parole auprès d'un groupe qui a dysfonctionné pourrait s'avérer dans ce sens délétère, car source de tensions internes et de désorganisation encore plus profonde de l'équipe soignante.

Toujours concernant la constitution des groupes, quelques soignants qui n'étaient pas présents sur l'hôpital au moment des événements, bien qu'ayant manifesté leur disponibilité pour revenir, ont insisté pour participer (cela concerne deux soignants du groupe du bloc opératoire). Devant leur insistance pour être présent au groupe mais aussi celle des autres participants, nous avons fait le choix de les inclure dans ce groupe, ce qui sur le plan technique est plutôt déconseillé. Ils ont alors dit leur frustration à n'avoir pu prendre part aux soins d'urgence. Ils ont pu témoigner par leur présence à cette réunion qu'ils accompagnaient de leurs pensées leurs collègues, et cela leur a permis de vérifier qu'ils appartenaient bien à ce groupe. L'un a exprimé avoir participé à la mission par d'autres gestes, en allant donner son sang par exemple. Un autre personnel a alors souligné aussi sa propre frustration d'avoir joué un rôle dans la seule organisation de la prise en charge des blessés, sans réaliser de gestes de soin.

Enfin, nous précisons aussi que la présence de l'encadrement n'est pas souhaitable ; en effet, le groupe est un temps qui échappe à une logique de rendement et d'efficacité, et qui se situe hors positionnement hiérarchique. La présence d'un chef ou d'un cadre pourrait alors entraver la parole des participants. De plus, si le chef a présenté des difficultés liées à sa position de responsabilité, il est préférable qu'elles puissent s'exprimer au cours d'un entretien individuel, qui lui est proposé.

Le délai avant la mise en place de ces groupes est plutôt long ; ils se sont échelonnés dans les deux semaines qui ont suivi l'événement, et ce pour deux raisons : la première, laisser un laps de temps au personnel, permettant la réflexion et la mobilisation des ressources psychiques, intervenir trop tôt ne serait pas opportun dans ce contexte ; la seconde, plus pratique, liée à l'organisation et la disponibilité du personnel de psychiatrie sollicité pour animer ces temps d'échange, personnel qui était par ailleurs largement sollicité auprès des victimes et de leurs familles.

L'évaluation de l'intérêt du groupe de parole est faite en fin de séance auprès des participants, de façon subjective et informelle. La mise en place de groupes de parole a été accueillie de façon très favorable par le personnel. Le groupe est appréhendé par les soignants comme un espace

thérapeutique ; mais il est également perçu comme participant, de la part de la hiérarchie et de l'institution d'appartenance, à une forme de reconnaissance et d'attention pour le personnel et l'action qu'il a menée dans des circonstances exceptionnelles. Le cadre du groupe permet également d'asseoir le sentiment d'appartenance à un groupe et de renforcer sa cohésion. A posteriori, nous pensons qu'il pourrait être utile de prévoir une grille d'autoévaluation pour chaque participant sur l'intérêt de cette modalité particulière de soutien médicopsychologique, et ce afin d'objectiver le bénéfice de façon moins empirique.

Nous soulignons par ailleurs que le groupe constitue un point de départ pour faire émerger les subjectivités à l'œuvre dans le collectif, d'où l'importance d'ouvrir sur la possibilité d'entretiens individuels. Il facilite le repérage de personnes présentant éventuellement des signes de souffrance psychique (et notamment d'un état de stress post-traumatique), qui sont alors orientées vers une prise en charge individuelle.

Enfin, nous rappelons la nécessité d'une formation spécifique pour les animateurs du groupe, qui doivent pouvoir disposer de repères clairs concernant l'intérêt de la prise en charge de groupe, et ce pour penser le cadre de l'intervention en amont, le définir, le rappeler, mais aussi s'adapter aux situations difficiles au sein du groupe telles que des tensions, de l'agressivité, les silences par exemple.

## Conclusion

Au travers de ces deux exemples, nous illustrons la mise en œuvre de groupes de parole au profit du personnel soignant hospitalier après un événement exceptionnel, dispositif « à géométrie variable », où rien n'est jamais acquis, et auquel le ou les intervenants doivent s'adapter en abandonnant un modèle trop formaté. Il est alors important pour les animateurs du groupe de se montrer suffisamment participants,

engagés, souples et disponibles, et de prendre des risques pour s'aventurer sur des chemins parfois mal balisés.

**Liens d'intérêts :** Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

## Références

1. Compte rendu de la Commission de la défense nationale et des forces armées. Audition du médecin général des armées Jean-Marc Debonne, directeur central du service de santé des armées. Mardi 24 novembre 2015. Compte rendu n° 20. <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/cr-cdef/15-16/c1516020.pdf> (Dernier accès le 6 janvier 2016)
2. Franchin M, Frattini B, Briche F, et al (2016) Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015. Prise en charge secouriste et interactions avec les équipes médicales. *Ann Fr Med Urgence* 6:9–12
3. Frattini B, Boizat S, Travers S, et al (2016) Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015. Prise en charge médicale pré-hospitalière. *Ann Fr Med Urgence* 6:13–5
4. Deneux A (2008) Une pratique des groupes de parole de soignants à l'hôpital général. *Rev Psychother Psychanal Groupe* 50:123-32
5. Ruzsiewicz M, Rabier G (2012) *Le groupe de parole à l'hôpital*. Dunod, Paris
6. Sloan DM, Feinstein B, Gallagher MW, et al (2013) Efficacy of group treatment for posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Psychol Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 5:176–83
7. Briole G (1998) « Le débriefing ». In: *Psychiatrie militaire en situation opérationnelle*. Addim, Paris
8. Lebigot F (1997) Le « débriefing » psychologique collectif. *Ann Med Psychol* 155:370–8
9. Lebigot F (2005) *Traiter les traumatismes psychiques : clinique et prise en charge*. Dunod, Paris
10. Abelson H, Zimbardo P (1970) *Canvassing for Peace. A manual for volunteers*. Society for the Psychological Study of Social Issues, Ann Arbor (Eds)
11. Lebigot F (2011) *Le traumatisme psychique*. Broché, Paris