



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire

Intervention médico-psychologique *in situ* lors des incendies des grands marchés de Lomé (Togo) par une cellule d'urgence médico-psychologique informelle : janvier 2013



Medicopsychological in situ response during the burning of the big market of Lomé (Togo) by an informal medicopsychological emergency cell: January 2013

Kokou Messanh Agbémélé Soedje ^{a,*}, Bassantéa Lodegaèna Kpassagou ^a, Mohaman Awalou Djibril ^b, Kolou Simliwa Dassa ^a

^a Psychiatrie, CHU Campus Lomé (Togo), université de Lomé, Lomé, Togo

^b Pavillon militaire, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 17 juillet 2014

Accepté le 4 décembre 2014

Disponible sur Internet le 15 juillet 2015

Mots clés :

Catastrophe

Cellule d'urgence médico-psychologique

Débriefing

Incendie

Prise en charge

Professionnel de santé

Relation interpersonnelle

Togo

Keywords:

Arson

Care management

Debriefing

Disaster

Health care professional

Interpersonal relationship

Medicopsychological emergency team

Togo

R É S U M É

Contexte. – Dans la nuit du 11 au 12 janvier 2013, le grand marché de Lomé, « poumon » économique du pays, a été victime d'un incendie suivi de scènes de pillage. Les « revendeuses » ont été des témoins impuissants de cette situation. Le ministère de la Santé a décidé de dépêcher sur les lieux une équipe d'urgence médico-psychologique afin d'assurer les premiers soins et le soutien psychologique des victimes. **Objectif.** – Ce travail a pour but de décrire, à partir de cette intervention, les représentations, les attentes et les besoins psychologiques des sujets aux prises avec cet événement traumatique.

Méthodologie. – Après avoir présenté les modalités pratiques d'intervention et de prise en charge immédiates, nous exposerons les différentes articulations du suivi psychologique. La description clinique et une analyse critique de la symptomatologie immédiate post-traumatique observée restent au centre de notre réflexion.

Conclusion. – Des particularités culturelles importantes doivent être intégrées lors d'éventuels événements délicats et/ou traumatiques.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Context. – During the night of 11th to 12th January 2013, the big market of Lomé, economic “lung” of the country, was the victim of a fire followed by scenes of looting. The dealers were impotent witnesses of this situation. The Ministry of Health had decided to send on the spot emergency medical and psychological team to ensure early care and psychological support to victims.

Objective. – This study aimed to describe, from this intervention, representations, expectations and psychological needs of those who are involved directly dealing with this traumatic event.

Methodology. – After having presented the practical methods of intervention and immediate care, we will expose the various articulations of the psychological follow-up, we shall expose(explain) the various joints(articulations) of the psychological follow-up. The clinical description and a critical analysis of the observed post-traumatic immediate symptomatology stay in the center of our reflection.

Conclusion. – Significant cultural features should be incorporated during any sensitive events and/or traumatic.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : soedjem@gmail.com (K.M.A. Soedje).

1. Introduction

Situé en Afrique occidentale, le Togo couvre une superficie de 56,785 km². Bande de terre d'aspect rectangulaire, il est situé entre le Bénin à l'Est et le Ghana à l'Ouest avec lesquels il conserve une certaine continuité linguistique et culturelle. Il est limité au Nord par le Burkina Faso et s'ouvre au Sud sur le golfe de Guinée par un littoral de 50 km environ [6]. La population togolaise [13] est estimée à 6 191 155 habitants en 2010, avec un taux de croissance annuel moyen de 2,84% habitants. Le milieu urbain est fortement influencé par la modernité et par le phénomène de la mondialisation à la recherche d'une nouvelle forme de culture. La nouvelle communauté est formée par des personnes de cultures diverses où l'individu ne retrouve plus ses repères traditionnels. L'exode rural est en lien avec le chômage des jeunes, la solitude, l'affaiblissement des liens familiaux, la délinquance, la toxicomanie, etc. Les capitales des pays en voie de développement sont en pleine mutation socioculturelle et politique. La place de l'économie informelle est importante. Les « revendeuses », part importante dans le secteur informel, font des prêts et s'investissent pour la plupart dans leurs activités quotidiennes. L'activité bancaire est rudimentaire et la conservation de liquidités se fait souvent sur les lieux de vente ou à la maison dans un coffret de fortune.

Assister à une situation telle qu'un incendie mettant en jeu aussi bien les marchandises que les réserves financières dans un laps de temps relativement court et où l'on se sent impuissant amène à se poser des questions sur l'existence elle-même et la place de l'œuvre de toute une vie. La force et surtout l'instant du trauma ne laissent plus le temps pour comprendre, si bien qu'au lieu que se déploie le temps logique propre à la subjectivité de chacun, il se produit par cette rencontre un court-circuit avec le réel [19]. Cela met l'accent sur le temps, le délai de compréhension du réel.

Le traumatisme est décrit comme un phénomène bref et soudain. Sans avoir eu le temps de se prémunir du danger, l'homme est soudainement saisi par l'irruption de la violence, il est subitement fasciné, sidéré [17]. Le psychisme se trouve alors envahi par un afflux d'excitations violentes et agressantes qui débordent sa capacité de défense, bouleversant ainsi fondamentalement son fonctionnement [9,10]. Les conséquences psychopathologiques d'un traumatisme psychique sont réunies sous le nom de syndrome psychotraumatique. Dans la littérature figure également le terme d'état de stress post-traumatique (ESPT), ou *post-traumatique stress disorder* (PTSD), mais, pour rejoindre l'approche psychodynamique du traumatisme psychique [1,2,8,20], nous pensons que ce terme crée une confusion entre la notion de stress et celle de trauma. En effet, lorsque l'on parle de stress post-traumatique, on laisse entendre que le stress est postérieur au trauma et que la symptomatologie est la réactivation du stress. Cependant, il existe une distinction radicale entre stress et trauma [9,20]. Le stress est une réaction physiologique, neurologique et hormonale déclenchée à partir du moment où l'individu est exposé à un événement potentiellement traumatique, il est éphémère et sans séquelle psychologique [8]. Quant au trauma, c'est une réaction psychologique provoquant des manifestations cliniques caractéristiques du syndrome psychotraumatique [3,7,19]. Les événements de vie inattendus et désorganisateur tels que les incendies sont source aussi « de blessures psychiques, individuelles ou collectives, immédiates ou différées, aiguës ou chroniques. Les victimes de ces événements nécessitent des soins d'urgence au même titre que les blessés physiques. L'intervention rapide de médecins psychiatres, de psychologues et d'infirmiers préalablement formés et intégrés aux unités d'aide médicale urgente doit permettre une prise en charge immédiate et post-immédiate satisfaisante » [9].

Toute la ville de Lomé était en alerte, cette nuit du 11 au 12 janvier, avec des cris, des pleurs et des scènes de panique. Face à

cette situation, le ministère de la Santé a décidé de dépêcher sur les lieux une équipe d'urgence médico-psychologique constituée de deux psychiatres et de quatre psychologues, à laquelle se sont joints deux ambulanciers et six infirmiers et aussi le personnel de la Croix-Rouge.

2. Objectifs de la mission

Les objectifs étaient de deux ordres :

- assurer les soins médicaux et psychologiques aux victimes directes et indirectes de l'incendie sur le site ;
- faciliter le suivi à moyen et long termes du soutien psychologique en plus de la prévention de troubles psychiatriques éventuels.

3. L'incendie du grand marché d'Adawloto de Lomé

Situé à quelques mètres de la grande cathédrale et en bordure de mer, le grand marché d'Adawloto est au centre-ville de Lomé. En plus d'être le « poumon » économique de toutes les commerçantes dans les secteurs informels et formels, ce marché incarnait le symbole même du métier des « Nana Benz », ces femmes commerçantes de pagnes qui ont fait et font encore la fierté de tout un pays, le Togo. Dans la conscience collective des habitants du Sud Togo, il n'y a pas de familles qui n'aient pas bénéficié des retombées des activités de cette structure.

Aux alentours de minuit, ce 11 janvier 2013, les radios communautaires encore en activité ont commencé par émettre une information : « Le grand marché d'Adawloto est en feu. » Cette situation était d'autant plus vraisemblable que moins d'une semaine auparavant le grand marché du Nord (de Kara) avait pris feu aussi. Cette information s'était propagée par des appels téléphoniques. Elle avait abouti à la convergence d'une foule impressionnante faite de victimes directes ou indirectes, de témoins et de curieux. Les forces de l'ordre (policiers, gendarmes et sapeurs-pompiers) cherchaient à cerner et à sécuriser la zone. Le feu fut non maîtrisable par les sapeurs-pompiers qui étaient sous-équipés et malgré l'aide de leurs collègues du Ghana (pays voisin) venus en renfort ; cela donna lieu à des scènes de désespoir et de désolation. Dans cette situation de feu violent, de fumées épaisses et de tentatives de sécurisation avant le lever du soleil, on observa des pillages organisés par des groupes de bandits célèbres dudit marché communément appelés « milégo » soit, littéralement, « tenez bien vos poches ».

4. Population concernée par l'intervention médico-psychologique

4.1. Victimes directes

Les victimes directes ont été pour la plupart des femmes revendeuses dans le bâtiment principal dudit marché. C'étaient en majorité des grossistes de matériaux de tout genre, dont ceux des pagnes que l'on appelle ici des « Nana Benz ». Il existait aussi des vendeurs détaillants de gros stocks et de petites revendeuses. C'étaient des sujets adultes jeunes ou des personnes d'âge mûr, pour la plupart installés sur le marché depuis des décennies, les plus jeunes ayant hérité des stands de leurs parents. C'étaient le plus souvent des entreprises à gestion familiale.

4.2. Victimes indirectes

Cette population était constituée des clients des victimes, des parents de ceux-ci et les employés de toutes sortes comme les chauffeurs, les colporteurs et les aides-vendeurs.

4.3. Témoins et curieux

Ce sont ceux qui étaient venus de leur propre chef ou qui s'étaient retrouvés là et qui n'arrivaient pas à supporter les scènes de l'incendie ou des phénomènes de foule ou encore le désarroi des victimes.

5. Méthodes d'intervention

5.1. Aménagement du local d'accueil et de prise en charge médico-psychologique

La première tâche urgente a été de s'adapter à la situation et aux conditions précaires de l'environnement : présence massive de curieux, exigüité des routes, explosions par intermittence entraînant des scènes de panique, rendant impossible une intervention efficace sur les lieux. Pour contourner cette difficulté, nous avons bénéficié, avec l'accord des autorités administratives, d'une structure située à 150 mètres environ du lieu de l'incendie et aménagée trois salles pour les prises en charge.

Les volontaires de la Croix-Rouge étaient chargés de circuler à la périphérie du marché afin d'identifier les victimes gravement atteintes puis de les conduire dans cette structure de soins. La première salle était réservée à l'accueil assuré par les volontaires de la Croix-Rouge et par des psychologues cliniciens. La deuxième salle était consacrée aux soins médico-psychologiques. On y trouvait un bureau médical avec une table et quatre chaises. Des espaces distincts ont été aménagés pour les personnes âgées et les sujets jeunes, afin que les uns et les autres puissent recevoir des soins en étant isolés. Enfin, la troisième salle, où des sièges avaient été disposés en cercle, a été réservée aux soins psychologiques. Un bureau pour les entretiens individuels a été aménagé dans un coin de cette salle.

Parallèlement, une autre équipe était chargée d'informer de notre présence la population concernée à travers des émissions de radio et de télévision. Ces émissions permettaient également de répondre aux interrogations du public et de situer notre action dans le champ médico-psychologique. De même, deux ambulances étaient prêtes pour d'éventuelles évacuations vers les centres hospitaliers et universitaires de la capitale.

5.2. Déroulement de l'intervention

La prise en charge immédiate s'est déroulée selon trois orientations : somatique, psychiatrique, psychologique.

Sur le plan somatique, les consultations en rapport avec l'examen somatique ont consisté principalement à la prise des constantes hémodynamiques et de la glycémie assurée par l'équipe infirmière. En cas de poussée hypertensive, d'arythmie cardiaque, de palpitations, de dyspnées, de fièvre et/ou de perte de connaissance, le sujet était adressé au psychiatre pour un examen clinique plus approfondi car il n'y avait pas de somaticien. Les prescriptions consistaient essentiellement en renouvellement des ordonnances d'antihypertenseur et d'antidiabétique. Il faut noter que les sujets âgés étaient majoritairement des obèses hypertendus et diabétiques connus. À plusieurs reprises, les symptômes de paludisme ont été signalés, ce qui a entraîné des prescriptions d'antipaludéens. Les cas cliniques graves étaient orientés vers le pavillon militaire du CHU Sylvanus Olympio.

Sur le plan psychiatrique, nous avons dû prendre en charge des états aigus [5] marqués par des états anxieux, des pertes de connaissance, des troubles du comportement (agitation, auto- et hétéro-agressivité, stupeur), ainsi que des états délirants, tous ayant nécessité l'administration d'un traitement psychiatrique. La plupart des autres ordonnances médicales ont été la prescription

d'anxiolytiques et d'hypnotiques inducteurs rapides du sommeil pour les états agressifs graves, voire des antipsychotiques.

Sur le plan psychologique, notre approche a privilégié la prise en charge de groupes de personnes par le biais de débriefings collectifs et d'entretiens individuels. Dans l'immédiat, notre premier souci a été de leur apporter une information claire sur les événements traumatiques et sur leur situation, permettant ainsi à chacun de se réapproprier ou de donner un sens à cette histoire qui était la leur et de réaliser puis de dépasser la situation d'urgence qu'ils venaient d'affronter. Les manifestations couvraient un éventail de symptômes allant d'un état stuporeux à des trances de conversion dissociatives très manifestes accompagnées le plus souvent de larmes.

La technique du débriefing psychologique a démontré son intérêt curatif et préventif pour des sujets qui avaient traversé un « événement grave » au cours duquel tout ce qu'ils avaient construit durant des années ou des générations se voyait disparaître sous leurs yeux en une seule nuit, dans l'impuissance totale de toute la nation. Il ne s'agissait pas ici de groupes véritablement constitués, même si certains d'entre eux se connaissaient. Néanmoins, l'effet de « cohésion » des personnes qui ressentaient la même peine subie a pu limiter l'aggravation de leur souffrance et de leur isolement. Tous avaient un mode de fonctionnement et/ou une histoire très proche des autres.

5.2.1. Aspects cliniques

La cellule d'urgence médico-psychologique a passé 72 heures sur le site de l'incendie avant d'être réorienté vers les accueils des Cliniques de Psychiatrie et de Psychologie Médicale des deux Centres Hospitaliers et Universitaires de la capitale. Au niveau individuel, les événements ont été vécus diversement. La plupart des victimes présentaient une symptomatologie anxieuse et une dépressivité directement en rapport avec l'expérience qu'ils venaient de vivre et qui pour eux avait une ampleur qu'ils rencontraient pour la première fois. La souffrance psychique observée s'exprimait tant au plan somatique que psychique, se traduisait de façon manifeste et marquée par la tristesse, la nervosité, des sautes d'humeur, des sursauts et de la panique au moindre bruit, de l'anxiété, des états d'inhibition, des réactions de retrait ou l'isolement (en particulier chez les jeunes), des troubles du sommeil précoces et persistants (insomnie totale, difficulté d'endormissement, cauchemars, réveils fréquents) ainsi que des perturbations de la conduite alimentaire (perte de l'appétit et anorexie). Nous avons géré plusieurs troubles du comportement et de la conduite (crises d'excitation motrices, passages à l'acte auto- et hétéro-agressifs, pertes de connaissance, prises excessives d'alcool) et des accidents vasculaires et cérébraux.

Il existait chez un grand nombre de ces victimes une appréhension liée à la résolution de l'énigme de la disparition dans les flammes des « talisements » de bienfaisance confectionnés parfois par les parents dont toutes leurs activités de ventes étaient dépendantes et dont les féticheurs qui les avaient réalisés n'existaient plus. Cette situation était aggravée par l'inconnu des conséquences mystiques de cette disparition. Les sujets présentaient des symptômes psychotraumatiques d'apparition précoce, avec des cauchemars, des reviviscences diurnes, des réactions de sursauts, des attaques de panique et une insomnie d'endormissement. Une orientation vers l'accueil des structures spécialisées où les mêmes professionnels renforcés en effectifs étaient mis à disposition avec des soins et des médicaments gratuits sur une durée de six semaines a été mise en place.

5.2.2. Description des débriefings

Notre technique du débriefing s'est basée sur le modèle de l'Intervention psychothérapeutique post-immédiate (IPPI) proposé par les équipes françaises [18,21] ainsi que sur les indications apportées par nos cliniciens expérimentés [8]. Toutefois, il s'agit

d'un dispositif qui a fait l'objet de nombreuses études entraînant parfois des controverses dans la littérature [4,11,14,15]. Selon ce dispositif de 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 selon l'énonciation de chacun, les circonstances de l'événement et les personnes impliquées. 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 sa propre perception de son avenir proche.

5.2.3. Déroulement des débriefings

Premièrement, il s'est agi de donner l'information précise sur l'événement, la réalité de la situation à l'extérieur, afin d'éviter les distorsions, les rumeurs, les faux bruits et discordances, sources d'angoisse et de confusion particulièrement à l'œuvre, d'autant plus que nos sujets ne pouvaient pas s'approcher des lieux de l'incendie. Dans ce contexte, l'événement prime. Les sujets, encore sous le coup de l'émotion qu'ils viennent de traverser, voient souvent leur processus d'idéation inhibé. Ensuite, il s'agissait de parcourir le déroulement des faits, les émotions ressenties, les pensées éprouvées à tel ou tel moment. L'effet de groupe, ici, n'était pas négligeable, fournissant une richesse d'expression portant aussi bien sur les faits que sur les affects éprouvés. La parole de chacun s'enrichit de la subjectivité de l'autre, par l'entrecroisement des propos, les digressions, pour peu qu'ils restent dans le sujet.

Les consignes suivantes ont été respectées afin de permettre à chacun d'exprimer librement sa singularité psychique face à l'événement : pas de compassion, pas d'empathie excessive ni d'indifférence. Surtout, ne pas « dédramatiser » : c'était aux sujets eux-mêmes de dire s'il y avait drame ou non, et dans quelle mesure, sans qu'ils se voient assigner des limites à leur souffrance. Enfin, nous avons encouragé tout un chacun à parler pour lui-même, de sa propre personne. On sait que minimiser l'expérience vécue aggrave toujours l'angoisse de ceux qui l'ont traversée. Plutôt que d'être légitimées et qualifiées de normales, les réactions relatées ont plutôt été mises en perspective avec l'expérience subjective de chacun.

Ces expériences subjectives ont été décrites sous plusieurs angles : en termes de loyauté, le sujet se voit coupable d'avoir mal conservé et protégé l'héritage que ses parents ont construit et légué à lui et à sa descendance. La culpabilité soudainement née en rapport avec le passé et avec le futur ne laisse malheureusement place qu'à la maladie mentale dans cette rupture des liens ontogénétiques. Il s'agit de leur effondrement car l'activité commerciale et les boutiques parties en fumée font partie intégrante de leur personnalité qui a été construite avec les matériaux issus de la vie au grand marché. Culturellement, les « Nana Benz » avaient cette réputation de posséder des pouvoirs magiques ou des boas, de faire reposer leur activité commerciale sur des pratiques occultes ou ancestrales mystiques héritées ou acquises au prix de lourds sacrifices. La « psychose » était plus forte, d'autant plus que certains charlatans ou tradithérapeutes, auteurs de ces « talisements » ou « gris-gris », étaient décédés. Punition, châtement divin, être victime de la méchanceté et de la cruauté humaine ont été parfois des interprétations verbalisées. La pratique du syncrétisme semait le doute parfois dans la prise de décision de retourner pour pratiquer à nouveau les rituels mystiques car cela n'était pas aisé pour la nouvelle génération comme cela l'était pour leurs parents.

La réalité psychique pose la question de la construction du traumatisme et de sa transmission, les traumatismes non dits, non

parlés et non élaborés par les parents [12]. Dans les situations de traumatismes subis, des parents préfèrent se taire pour protéger (croient-ils) leurs enfants et leur épargner cet héritage douloureux. Éviter de partager l'histoire traumatique familiale avec l'enfant est perçu comme un moyen de se tourner vers l'avenir et de gommer ce qui s'est passé dans la psyché familiale. Sauf que l'histoire traumatique rattrape toujours les familles parce que, même dans le mutisme le plus total, les vécus traumatiques se transmettent et s'inscrivent dans une longue durée dans le psychisme collectif ou du sujet-groupe [16]. Ceci pourrait expliquer la force du trauma tel que vécu par ce sous-groupe ou par les parents qui ont été victimes d'une situation pareille en 1987. Cette situation avait été occultée et gérée pendant une période où le système politique était jugé dictatorial et militaire. Le vécu collectif en apparence de ce sous-groupe professionnel réputé proche des partis politiques de l'opposition n'étant pas beaucoup changé, la question de la libération de la parole se pose.

6. Conclusion

Cette cellule d'urgence médico-psychologique à la demande du ministère de la Santé a été la première à impliquer des professionnels de la santé mentale au Togo. Elle apparaissait riche en enseignement aussi bien sur les possibilités d'intervention *in situ* que sur les possibilités d'adaptation psychologique. Le débriefing psychologique pratiqué auprès des victimes des incendies du grand marché s'inscrivait dans les stratégies de soins appliquées aux personnes « susceptibles » d'être traumatisées par cet événement [12]. Des particularités culturelles importantes devraient être intégrées lors d'éventuels événements délicats et/ou traumatiques. Dans ce cadre, la coopération psychiatres, psychologues, infirmiers et personnels de la Croix-Rouge, chacun dans sa spécificité dans l'exercice de ces tâches, s'est révélée très bénéfique. La présence de médecin généraliste est souhaitable. Les professionnels de la santé mentale devraient être toujours associés à l'organisation et à ces actions d'urgence en matière de catastrophe dans les pays en voie de développement.

Déclaration d'intérêts

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

Références

- [1] Barrois C. Les névroses traumatiques, 2^e éd, Paris: Dunod; 1998.
- [2] Briole G, Favre JD, Lafont B, Lebigot F, Vallet D. Le traumatisme psychique : rencontre et devenir. Toulouse : rapport de psychiatrie du Congrès s de psychiatrie et de neurologie de langue française 1994.
- [3] Briole G. Après l'horreur, le traumatisme. *Quarto* 2005;84:16–21.
- [4] Chemtob CM, Thomas S, Law W, Cremniter D. Post-disaster psychosocial intervention: a field study of the impact of debriefing on psychological distress. *Am J Psychiatry* 1997;154:415–7.
- [5] Circulaire DH/E04-DGS/SQ2 n° 97/383 du 28 mai 1997 relative à la création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe; 1997.
- [6] CNLS-IST. Plan stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST, 2007–2010; 2006.
- [7] Crocq L, Doutheau C, Louville P, Cremniter D. Psychiatrie de catastrophe. Réactions immédiates et différées, troubles séquentiels. Paniques et psychopathologie collective. EMC - Psychiatrie. Paris: Elsevier [37-113-D10].
- [8] Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. Paris: Odile Jacob; 1999.
- [9] Crocq L. Stress, trauma et syndrome psychotraumatique. *Soins Psychiatr* 1997;188:7–13.
- [10] Crocq L. Traumatismes psychiques, prise en charge psychologique des victimes. Paris: Masson; 2007.
- [11] De Clerq M, Vermeiren E. Le débriefing psychologique : controverses, débat et réflexions. *Nervure* 1999;6:55–61.
- [12] Derivois D, Cénat JM. Événement sismique et séismes du monde interne : le cas d'un préadolescent haïtien. *Evol Psychiatr (Paris)* 2014;79:643–53.

- [13] Direction générale de la statistique et de la comptabilité nationale (Togo). Quatrième recensement général de la population et de l'habitat. Lomé: Direction générale de la statistique et de la comptabilité nationale (Togo); 2010 . p. 1.
- [14] Doucet C, Joubrel D, Cremniter D. L'intervention post-immédiate des cellules médico-psychologiques : étude clinique et psychopathologique de 20 débriefings psychologiques de groupe. *Ann Med Psychol (Paris)* 2013;171:399–404.
- [15] Dyregrov A. The process in psychological debriefings. *J Trauma Stress* 1997;10:589–605.
- [16] Kaës R, Faimberg H, Enriquez M, Baranes JJ. Transmission de la vie psychique entre générations. Paris: Dunod; 1993.
- [17] Laurent A. Les équipes mobiles d'urgence et de réanimation face aux interventions potentiellement traumatiques. *Ann Med Psychol (Paris)* 2014;172:457–62.
- [18] Lebigot F, Gautier E, Morgand, et al. Le débriefing psychologique collectif. *Ann Med Psychol (Paris)* 1997;155:370–8.
- [19] Lebigot F. La névrose traumatique, la mort réelle et la faute originelle. *Ann Med Psychol (Paris)* 1997;155:522–6.
- [20] Lebigot F. Répercussions psychiatriques et psychologiques immédiates. In: De Clerq M, Lebigot F, editors. *Les traumatismes psychiques*. Paris: Masson; 2001.
- [21] Ponssetti-Gaillochon A, Duchet C, Molenda S. Le débriefing psychologique. Pratiques, bilan et évolution des soins précoces. Paris: Dunod; 2009.