



Directeur d'enseignement  
Professeur Jean-Marc SOULAT



Directeur d'enseignement  
Professeur Éric GALAM

DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE  
SOIGNER LES SOIGNANTS

Mémoire de fin de DIU  
Présenté et soutenu publiquement  
Le 24 novembre 2017  
Par le Docteur Béatrice Guyard-Boileau

**DEBRIEFING SUITE A UN EVENEMENT GRAVE : QUELLES METHODES ?**

*Recommandations à partir d'une analyse de la littérature*

*Elaboration d'un outil pédagogique et de sensibilisation*

Membres du jury :

- Professeur Éric GALAM
- Professeur Jean-Marc SOULAT
- Docteur Jacques MORALI
- Docteur Jean-Jacques ORMIERES

## I. INTRODUCTION ET SITUATION DU PROBLEME

Les évènements indésirables graves dans le domaine de la santé surviennent jusqu'à 1 patient sur 7. Le terme de « seconde victime » a été introduit par Wu en 2000 et défini comme un soignant impliqué dans un évènement indésirable ou une erreur médicale, victime en raison des répercussions du traumatisme de l'évènement sur lui-même. Il est estimé par de nombreux auteurs que sans doute, au moins une moitié des médecins voir beaucoup plus selon certaines enquêtes et certaines spécialités ont été des « secondes victimes » au cours de leur carrière professionnelle. (1, 2)

Le concept de « seconde victime » peut être appliqué également pour les infirmières, les dentistes et tous les soignants d'une manière générale.

Les symptômes ont des répercussions à la fois sur la vie professionnelle et la vie personnelle et peuvent conduire, en raison du désordre émotionnel, à l'augmentation des erreurs sur d'autres patients ; globalement ils impactent l'organisation générale des soins. (1,2)

Les symptômes que rencontre souvent les « secondes victimes » sont du domaine des émotions, du cognitif, du physique et du comportemental. Sur le plan psychologique, il existe une diminution de l'estime de soi en tant que professionnel et dans la vie en général avec une diminution de l'importance que l'on accorde à sa participation à une équipe de soignants. Il existe également souvent une sensation de honte ainsi que des éléments dépressifs, une irritabilité. Souvent les personnes sont également hyper-vigilantes en permanence et sont souvent en proie à des ressassements répétés en boucle des évènements qui se sont passés. Sur le plan cognitif, ils sont moins concentrés avec une diminution de la capacité à formuler des pensées ou se concentrer. Sur le plan physique, on décrit des difficultés à s'alimenter à dormir, une fatigue, des maux de tête. Enfin, on observe sur le plan comportemental une hyper-activité ou une apathie, une isolation sur le plan social, et parfois des addictions en particulier d'alcool. Il a été proposé aussi une description par phases, avec le chaos, le retour sur soi, l'ébauche de reconstruction personnelle, la crainte de l'inquisition, la recherche du soutien émotionnel, puis le dépassement de l'évènement.

Face à ces soignants confrontés à un évènement grave, un des outils souvent mentionné dans différentes études consiste en la conduite de débriefing. Nous avons voulu savoir ce qui se cachait derrière ce mot : s'agissait-il d'une seule entité ou de plusieurs regroupées sous un même terme? En quoi cela consistait ? Quelle preuve y avait-il d'un bénéfice éventuel ou au contraire d'un danger pour les soignants ?

Nous avons également voulu savoir s'il existait en langue française des guides méthodologiques ou des outils permettant d'utiliser ce débriefing (dans ses aspects utiles) de façon efficiente et sécuritaire. Dans la poursuite de cette idée, nous avons envisagé, en l'absence d'outil existant, d'en proposer un à disposition des soignants.

## II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Notre travail visait d'une part à explorer la notion de débriefing et sa place dans l'accompagnement des soignants « secondes victimes », et d'autre part à identifier des outils d'aide pour la réalisation de débriefing et en créer si nécessaire.

Pour la première partie de notre travail visant à faire le point sur la notion de débriefing, nous nous sommes basés sur une revue de littérature.

Nous avons essentiellement effectué nos recherches sur la base de données Pub Med/Medline en choisissant les termes anglo-saxons de débriefing, mais aussi Critical incident stress debriefing (CISD), Emotional first aid, medical error debriefing, second victim debriefing, post traumatic disorder, et combinaisons de ces termes.

Nous avons conduit la recherche initiale de 2000 à 2017, puis avons effectué une recherche bibliographique secondaire à partir des premiers articles recensés.

Pour les articles portant sur d'une part sur la simulation et d'autre part sur le syndrome de stress post traumatique à la suite d'évènements traumatiques en dehors du domaine de la santé, seules les synthèses méthodiques récentes ont été retenues et analysées.

Nous avons également consulté les sites de la Haute Autorité de Santé ainsi que de l'AHRQ, ainsi que l'ouvrage « l'erreur médicale, le Burn Out et le soignant » du Pr Eric GALAM et la copieuse bibliographie. Nous avons également utilisé divers documents mentionnés et analysés lors du diplôme interuniversitaire « Soigner les soignants » de la promotion de 2017.

Il n'a pas été possible, dans le temps imparti d'effectuer une relecture par un deuxième lecteur des articles retenus, comme en théorie cela serait nécessaire sur le plan méthodologique. Certains articles difficiles à bien saisir et interpréter (une dizaine) ont été néanmoins relus et discutés avec des collègues intéressés par ce sujet.

J'espère, en toute modestie, que mon expérience de rédacteur à la revue « Prescrire » depuis plus de 25 ans, m'a permis une analyse rigoureuse de l'ensemble de la bibliographie retenue et parcourue.

Pour la deuxième partie de notre travail à la recherche d'outils concrets à destination des professionnels dans le domaine du débriefing, nous avons complété la recherche bibliographique Pubmed/Medline par l'interrogation des chaînes Youtube, Dailymotion, Pinterest, ainsi que sur Google. Nous avons conduit la recherche en français et en anglais, en consultant les dix premières pages de ces sites, afin d'identifier des outils facilement utilisables, même au prix d'une traduction.

Comme il sera présenté plus loin, nous avons in fine élaboré un outil pédagogique sur les aspects du débriefing qui nous avait semblé les plus intéressants dans l'accompagnement des soignants, sous la forme un clip vidéo. Ce document dans une forme préliminaire a été soumis à des soignants (deux sages-femmes, un chirurgien viscéral, un médecin urgentiste, un psychiatre) pour avis. Des remarques ont été recueillies et prise en compte, permettant d'aboutir à la version améliorée proposée dans ce mémoire.

### III. RÉSULTATS

#### A. Analyse bibliographique portant sur les concepts de débriefing

##### 1. Le débriefing, un concept flou et ayant de nombreux sens

###### **Définition**

Tout d'abord il n'existe pas de définition strictement consensuelle du mot débriefing. Pour Wikipedia, il s'agit d'une *évaluation post-événementielle, dans le cadre d'une équipe ayant pris part à l'évènement*. Il y est précisé qu'en psychologie, il s'agit d'un *bilan psychologique d'évènement* ». Pour le dictionnaire Larousse, trois définitions sont données : *réunion d'un groupe militaire à la fin d'une mission pour faire le bilan de celle-ci ; action de faire parler quelqu'un, de l'aider à formuler de vive voix ce qu'il ressent après un évènement traumatisant, dans un but de soutien psychologique ; séance de compte-rendu critique après une réunion*. On voit d'emblée d'après ces définitions que plusieurs aspects, soit techniques soit plutôt psychologiques sont regroupées derrière ce terme de débriefing. Dans le domaine de la santé, certains auteurs définissent ce terme comme « une discussion et une analyse d'une expérience en évaluant et en intégrant ce qui a été appris de cet évènements à la fois sur le plan cognitif et sur le plan de la conscience ».

###### **Description des principaux types de débriefings**

La majorité des définitions et expériences de débriefing se rapportent au champ de la simulation, que ce soit en médecine ou dans d'autres situations (aviation, armée, etc.). Il s'agit d'aspects techniques visant à l'amélioration des pratiques, sans aspect important de prise en charge émotionnelle. (3,4)

Récemment, le terme débriefing a également été utilisé (par exemple par la Haute Autorité de Santé) pour cadrer des activités telles qu'un échange d'information lors d'une relève entre soignant avant ou après une journée de travail (gestion des risques a priori, check listes), et donc totalement en-dehors du spectre de la gestion des risque a posteriori ou d'évènements graves.

Par ailleurs, le débriefing est parfois utilisé dans des aspects uniquement psychiques, souvent rattachés à la notion de CISD (Critical Incident Stress Debriefing). Il s'agit de prise en charge en groupe le plus souvent, à la suite d'évènements graves ou traumatiques tels un attentat, un séisme. Le but de ces débriefings, conduits souvent par des « cellules de crise » est de prévenir le syndrome de stress post traumatique. (5,6)

Enfin, le terme débriefing est parfois utilisé pour parler du dialogue immédiat entre pairs, dans les contextes d'évènements graves et de « secondes victimes », où ce qui vient de se passer est mis en mots. Il s'y rattache alors la notion de « premiers secours émotionnels » alias « first aid » en langue anglaise. (1,2,7,8,9)

###### **Historique et évolution du concept de débriefing**

Comme cela est souvent bien connu de tous, le débriefing a vu son origine chez les militaires au moment de la deuxième guerre mondiale avec le concept d' « After Action Review ». Par la suite

ce concept a été étendu à l'aviation à la suite d'accidents ou de crashes comme en 1972 aux Etats-Unis. Toujours dans l'aviation, le débriefing est devenu un élément obligatoire dans les stratégies de simulation, selon des règles établies depuis les années 80.

Dans tous ces cas, initialement, il s'agissait essentiellement d'analyses négatives des éléments critiques : un focus était fait surtout sur les erreurs. Puis sous l'influence des chercheurs en sciences du comportement, la transition a été faite vers une autoréflexion sur les événements, que ce soit pour l'armée ou l'aviation. Il s'agissait de débriefing que l'on peut qualifier de techniques.

Par la suite, le concept s'est introduit peu à peu dans le domaine de la santé, dans les années 80, surtout par le biais des Universités de Psychologie, à la suite de traumatismes, de désastres ou de stress en lien avec les combats en temps de guerre. Le concept avait évolué, et l'autoréflexion portait là sur les émotions et non pas sur la recherche d'améliorations techniques. (3)

### **Des débuts dans les événements touchants la santé**

C'est vers les années 90 que ce terme a commencé à être utilisé de plus en plus souvent dans le cas d'erreurs médicales ou de survenue d'événements graves dans les soins. Certains auteurs suggèrent que le débriefing soit un élément fondamental sur le plan de l'éthique. Il n'est pas très clair si c'est l'aspect de soutien émotionnel ou l'aspect de recherche d'actions d'améliorations qui sous tendent ces débriefings. Dans les années 2000, lorsque la notion de « seconde victime » apparaît et se développe, l'importance de la communication avec des pairs (alias peer support) est rapidement mise en lumière. Cette opportunité de discuter d'un événement grave est alors parfois nommé débriefing. Il s'agit là d'une interaction entre collègues qui partagent un vécu. (3)

## 2. Débriefing technique : des contenus et méthodes différents

### **Les fondamentaux sur lesquels se basent les débriefings « techniques »**

Les fondamentaux apportés par les sciences humaines et appliqués dans le débriefing sont les suivants. Il sont basés sur le fait que les adultes apprennent par l'expérience, que cela s'intègre dans un projet personnel et qu'il est donc important que le débriefing soit centré sur la personne. Il s'agit d'une analyse réflexive par ailleurs, qui permet de d'identifier des aspects cognitifs mais également des aspects inconscients et des aspects émotionnels dans la prise de décision et les interactions entre les personnes.

### **De très nombreuses formes et méthodes**

Malgré des fondamentaux clairement identifiés, il existe de très nombreuses structurations de débriefing. On peut par exemple citer le modèle de Cambridge, qui propose trois phases. En premier lieu, une phase dite de « réaction » avec l'expression des émotions permettant un « désamorçage émotionnel », le partage de la même histoire et une normalisation des émotions et des vécus. Cette phase s'apparente dans d'autres modèles à une phase intitulée « defusing », que l'on peut traduire également par « désamorçage ». La deuxième phase du modèle de Cambridge consiste en une identification de ce que l'on a fait et sur quelle base, à la recherche

des aspect cognitifs mais également les déterminants des actions. Certains auteurs expriment ceci sous le terme de « processus détectif cognitif » ou encore la phase de découverte. La 3ème phase consiste en une phase de synthèse avec la formulation, généralement en équipe, de ce qui a marché et de ce qui n'a pas marché. Certains la nomment « approfondissement » ou « deepening ».

### **Quelques spécificités**

Il existe quelques spécificités. Certaines méthodes, comme l'outil « Discern », questionnent lors de ces débriefings les relations entre les soignants durant l'évènement grave : y a-t-il eu une identification claire par les participants du leader donnant les consignes (en particulier des administrations médicamenteuses) ? Y a-t-il eu des confusions éventuelles au sein de l'équipe durant la prise en charge ?

L'organisme Etats-unien AHRQ a défini quant à lui, dans le cadre de son programme TeamStepps une phase préliminaire dans la conduite d'un débriefing, un peu différente des structurations proposées précédemment. Cette première étape consiste en la formulation d'un pré requis intitulé « Setting The Stage » : il s'agit de formuler et faire ressentir aux participants que la réunion ne va pas porter sur des punitions ou des erreurs, mais qu'il s'agit de comprendre les actions et les décisions prises à ce moment et leur sens. Un point tout particulier est mis sur le fait que les participants doivent ressentir une sécurité psychique. Néanmoins, aucun élément ne va plus en avant sur l'aspect émotionnel ou l'aspect de « seconde victime ». Les deux autres phases du programme sont semblables aux autres méthodes. Pour faciliter l'analyse, le programme TeamStepps propose une check-list proche de celle suggérée par la méthode « Discern »:

- est-ce que la communication a toujours été claire
- Est-ce que les rôles et les responsabilités de chacun ont été clairs
- Est-ce que la gravité de la situation a été en permanence bien établie pour chacun
- Est-ce que le travail a été réparti de façon efficace entre les différentes personnes avec des contrôles des vis-à-vis et des circulations de demande et d'offre d'aide
- Est-ce que certaines erreurs ont été identifiées et corrigées tout au long de l'évènement

Comme dans de nombreuses autres méthodes, il est enfin fait mention de la nécessité d'un compte-rendu du débriefing, pouvant servir de guide pour le futur.

Certaines équipes néanmoins mentionnent des méthodologies beaucoup plus simples, telles par exemple la méthode « plus- delta », dérivée de l'aviation : le « plus » concerne ce qui s'est bien passé et le « delta » concerne ce qu'il convient d'améliorer.

Il est frappant de voir que dans ces outils et méthodes, l'aspect émotionnel est souvent peu développé, étant en quelque sorte uniquement au service de la progression des autres phases à visée d'amélioration des pratiques.

### **Débriefing et revue de morbi-mortalité : des différences importantes**

À la différence d'autres outils de la gestion des risques à postériori, le débriefing se distingue de la revue de morbi-mortalité (RMM) car il ne s'agit pas ici d'analyse des causes racines,

comme cela peut être le cas lors d'une RMM. Il est à noter que lors des RMM, l'accent est mis sur l'équipe et non sur l'évolution personnelle, le plus souvent, et d'autre part, il n'existe pas dans la majorité des cas de prise en compte des aspects émotionnels.

### **Probablement un bénéfice en termes d'efficience des équipes, mais peu de données**

La preuve de l'efficacité du débriefing n'est pas très robuste et il existe plus des témoignages de mise en place que de réelle démonstration de bénéfice en termes d'amélioration des équipes. Des petites études avec des méthodologies de comparaisons historiques ont montré une discrète amélioration des pratiques, en particulier dans le cas de la réanimation dans les unités d'urgences ou de soins intensifs, amenant certaines organisations comme l'American Heart Association et l'American Academy of Pediatric ont recommandé des débriefings des événements graves sur ce faible niveau de preuve. (3,4)

3. Débriefing émotionnel de type « cellule de crise » : une évaluation qui soulève des interrogations

### **Une méthodologie assez homogène**

Schématiquement, il s'agit d'une prise en charge d'un groupe, organisée en 7 phases, et poursuivi par des sessions individuelles et un relais par d'autres structures d'aide. Les sept étapes sont classiquement les suivantes : introduction et présentation du programme, remémoration des faits dans le but de faciliter la discussion, demande aux participants de se remémorer leurs pensées, puis discussion autour de ces sentiments, en particulier les plus pénibles, partage autour des symptômes physiques depuis l'évènement au jour le jour, explications autour de ces réactions depuis l'évènement et éléments de gestion du stress, puis reformulation finale et proposition d'éléments de poursuite de la prise en charge. Classiquement, la durée est de une à quelques heures. (5,6)

### **Une évaluation difficile, mais qui soulève des questions**

Plusieurs synthèses Cochrane se sont penchées sur l'efficacité des débriefings type « cellule de crise » d'une manière générale. Les résultats des méta-analyses vont dans le sens d'une absence d'efficacité voir d'une augmentation de certains symptômes (tels que la culpabilité) ou du syndrome de stress post-traumatique après de telles interventions. Mais les auteurs de ces synthèses précisent bien les limites de leur conclusion, en raison d'études très disparates et de faibles effectifs. On peut noter aussi que les débriefings tels qu'ils ont été évalués consistent en des séances conduites de plusieurs jours à plusieurs mois après un évènement, durant des durées variables, comprenant l'intervention de professionnels issus de différentes formations, et avec différentes techniques. Ces techniques de débriefing telle que décrit dans les études après un évènement traumatique (attentat, tremblement de terre, accident d'avion) dans le cadre de la prévention du syndrome de stress post-traumatique sont très peu appliquées dans le cadre des événements graves dans les soins et des « secondes victimes », et donc leur apport en terme de réduction des symptômes de la « seconde victime ». Il est difficile de conclure concernant l'efficacité ou le danger dans ces domaines.

### **Des pistes pour comprendre les possibles limites ou danger de ces débriefings**

Certains auteurs ont évoqué plusieurs pistes pour expliquer l'absence d'efficacité ou l'effet négatif des débriefings après un évènement grave :

- Le débriefing, ramenant en quelque sorte « de force » le sujet à l'évènement, peut interférer avec l'alternance naturelle d'interférence et d'évitement qui caractérise le processus naturel face à un évènement traumatique.
- Le débriefing peut aussi, en proposant un soutien spécialisé, empêcher en quelques sortes les victimes de chercher le soutien de famille, amis, ou autre possibilité de soutien dans leur vie sociale, et par là même renforcer l'isolement.
- Par ailleurs, les techniques de débriefing visent à augmenter la prise de conscience de toute sorte de manifestations psychiques et somatiques en relation avec le traumatisme. Il est donc possible que ces réactions soient identifiées comme pathologiques et nécessitant une prise en charge par des professionnels alors qu'en l'absence de débriefing peut-être ces réactions peuvent être considérées par les victimes comme plus banales.
- Lors d'une séance de débriefing, les victimes sont exposées une nouvelle fois aux évènements du traumatisme et ceci peut renforcer l'impact de ce traumatisme sur eux.
- Il est possible que les interventions de type débriefing après un évènement grave, ne montrent pas de bénéfice par le fait que toutes les personnes sujettes au traumatisme sont évaluées. Peut-être dans ce groupe existe-t-il des sujets plus à risque ou plus vulnérables chez lesquels l'intervention montrerait un bénéfice mais l'effet est peut-être noyé par l'absence de bénéfice chez la majorité des personnes du groupe.
- Enfin, le débriefing s'inscrit dans un parcours de préparation aux évènements indésirables graves : suivi, interventions de personnes référentes, prescriptions médicamenteuses etc. Il est donc difficile lorsque l'on conduit des évaluations, de faire la part du débriefing séparément de la part de des autres éléments du parcours de chaque personne.

On peut donc se poser la question de la pertinence, voire du caractère négatif de tels débriefings axés sur les aspects émotionnels en groupe, en tout cas de leur caractère systématique et « obligatoire ».

De toute évidence, il paraît essentiel que des travaux de recherche soient conduits dans les domaines de ces différents types de débriefing en groupe, permettant d'évaluer et donc de définir au mieux les différentes stratégies pour apporter du soutien aux « secondes victimes », non seulement de façon empirique mais sur la base d'une évaluation scientifique.

#### 4. Micro-débriefing émotionnel par les pairs, ou « premiers secours émotionnels »

Pour finir, le terme débriefing est parfois utilisé pour parler du dialogue immédiat entre pairs, dans les contextes d'évènements graves et de « secondes victimes », où ce qui vient de se

passer est mis en mots. Parfois, il est précisé qu'il s'agit d'un débriefing de type « premiers secours émotionnels » (alias « first aid » en langue anglaise). (7-9)

### **Le débriefing de type « premiers secours émotionnel » : une aide souhaitée par un très grand nombre**

Plusieurs enquêtes ont été conduites sur les professionnels impactés par un évènement grave. De façon concordante dans les études, c'est le soutien apporté par les collègues qui est le plus souvent source d'aide, en particulier la discussion de ce qui a conduit à l'évènement grave, dans le but de le comprendre. Cette étape de proximité est parfois nommée également débriefing, alias « premier secours émotionnel immédiat ». Elle est mise en avant pour son efficacité dans de nombreux programmes, puisqu'environ les deux tiers des « secondes victimes » décrivent un soutien efficace lorsque ce soutien est apporté par des collègues dans leurs unités.

On peut s'interroger pourquoi ce sont les collègues et les pairs qui sont le plus cités comme source de soutien face à un évènement indésirable grave.

Tout d'abord l'efficacité du soutien apporté par des pairs a été démontrée dans différents groupes en-dehors du domaine de la santé comme la police ou les pompiers. La deuxième raison est que les pairs « étaient là » et partagent le même passé, et des expériences proches. Cela augmente la crédibilité et l'écoute lorsque quelqu'un évoque les évènements indésirables graves rares. Le troisième élément est que la confiance dans les pairs permet d'échanger sans avoir l'impression de basculer dans une thérapie, comme cela peut être le cas face à des professionnels de la santé psychique ou des psychologues. Une autre raison est qu'il est plus facile de parler directement avec des collègues qu'avec des supérieurs ou des responsables dans l'institution, car ces derniers renvoient plus à une image de sanction ou de procès.

Enfin, les pairs sont une bonne source de soutien car ils sont disponibles immédiatement. (10,11)

### **Un débriefing pas toujours possible**

Les études épidémiologiques montrent également qu'il n'est pas si facile pour les « secondes victimes » d'avoir l'opportunité de discuter avec leurs collègues puisqu'un tiers à peine, voire moins des « secondes victimes » décrivent avoir réussi à échanger avec leurs collègues, alors qu'ils l'auraient souhaité. Une des raisons invoquée est la peur concernant leur réputation professionnelle et leur image. D'autres décrivent que leurs collègues n'ont pas souhaité s'engager dans une discussion en minimisant l'évènement. Ceux qui ont pu le faire décrivent un soulagement et une aide. Dans plusieurs témoignages un temps court entre l'évènement et la mise en place d'une possibilité de discussion et de soutien est citée comme essentielle, ce qui n'est pas toujours facile compte-tenu de la charge de travail et d'impossibilité de se faire remplacer.

### **Un débriefing de type « premier secours » parfois formalisé**

Certaines équipes médicales (Europe, Etats-Unis) ont formalisé l'ensemble du soutien que l'on peut apporter à une « seconde victime » dans des programmes, comprenant une étape de

proximité immédiate, une étape de recours à un deuxième niveau à des équipes formées et structurées vis-à-vis des secondes victimes, et enfin une étape dans le domaine de la santé psychique, plus spécialisée. Devant une telle efficacité, ces programmes ont même institué une sensibilisation et une formation à l'écoute et au soutien de pairs de proximité. Le but était de donner une formation à l'écoute dans ce domaine à des référents dans chaque unité, eux-mêmes encadrés. C'est le cas par exemple de l'IHI (Institut for Health Care Improvement) ou également du programme ForYou ainsi que du programme MITSS.

Dans le programme For You aux Etats-Unis, les éléments suivants sont proposés : être là et écouter avec éventuellement une reformulation, partager si l'on a soi-même vécu des événements graves et comment on s'est reconstruit, aider la « seconde victime » en lui disant que l'on a confiance en lui et qu'il est un élément important de l'équipe médicale, ne pas juger ni trouver des solutions pour la personne, mais l'aider à les identifier. Dans une revue des études publiées en 2013, les auteurs regroupait des recommandations utiles des publications précédentes : nécessité que le soutien se mette en place rapidement après l'évènement, de façon structurée ; possibilité pour tous, même expérimentés, de discuter ses erreurs et ses sentiments

On identifie dans ces méthodes les éléments de l'entretien motivationnel, de l'écoute active, ou encore de la communication non violente.

### **Des bénéfiques au-delà de la « seconde victime »**

Afin d'éviter que la personne sous le choc de l'évènement ne commette une erreur (alias troisième victime), ce micro débriefing individuel émotionnel de type premier secours permet de décider s'il la « seconde victime » est en mesure de continuer à travailler ou doit quitter les lieux afin de pouvoir se ressourcer. (11)

Par ailleurs, en prenant soin d'un collègue confronté à un évènement indésirable grave permet aussi, on l'aide à aller mieux et ainsi on peut améliorer la communication qu'il pourra avoir avec le patient et la famille. Parler avec les patients et leur famille, surtout en cas d'erreur, est en effet un élément difficile tant pour les patients que pour les soignants. Mais plusieurs études mettent en évidence que cette action participe à la reconstruction du soignant. (10)

### **Les limites de ce micro débriefing**

La réalisation de « premiers secours émotionnels », comme certains auteurs l'ont remarquée, peut être plus complexe lorsque le soutien est demandé à des pairs pour des problèmes d'évènements graves dans les soins mais qui incluent des problèmes personnels (couple, finance) ou encore des problèmes d'addiction. La limite du soutien peut dans ces cas être difficile à fixer. (10, 11)

### B. Analyse portant sur les outils utiles à la réalisation de débriefing

Après cette analyse, nous avons cherché des guides méthodologiques ou des outils permettant d'utiliser certains de ces débriefings, de façon efficace et sécuritaire.

En langue française, nous avons essentiellement retrouvé les fiches du Collège Français d'Anesthésie Réanimation (3 pages) qui peuvent aider à comprendre ce que la personne traverse, et donnent des conseils. Ces fiches diffusent le numéro vert du CFAR « pour les situations de souffrance psychologique ». Tous ces documents sont facilement identifiés sur le site.

En langue anglaise, nous avons retrouvé des aides, essentiellement sous forme de fiches de conseils. C'est surtout le cas concernant les programmes « MITTS » , « ForYou » du Missouri, « Rapide Response Team » de Cleveland, « Rise » de l'hôpital Johns Hopkins, « Candor » de l'AHRQ, ou encore « code Lavender ». Ces sites peuvent facilement être retrouvés sur internet et n'ont pas été détaillée ici faute de place.

Dans les documents du programme MITTS, on trouve aussi des témoignages, ou encore des clips vidéo explicatifs, comme par exemple une vidéo courte montrant une infirmière qui, arrêtée in extremis alors qu'elle allait commettre une erreur, est en souffrance et est réconfortée par une collègue formée au soutien.

On trouve aussi de très nombreux témoignages d'erreurs médicales, qui évoquent ou décrivent brièvement la question des deuxièmes victimes. Bien que cela permette de comprendre certaines situations, cela ne constitue pas une aide à la réalisation de débriefing.

Enfin, on trouve des retransmissions de conférences et de diaporamas situant la problématique ou visant à la faire connaître, généralement peu attractif.

### C. Proposition d'outils à disposition des soignants.

Devant le caractère limité des outils disponibles, nous avons choisi d'élaborer un outil pédagogique sur les aspects du débriefing qui nous avait semblé les plus intéressants dans l'accompagnement des soignants, sous la forme d'un clip vidéo. Il s'agit plus d'une démarche de sensibilisation et de prise de conscience, que d'un guide à suivre à la lettre.

#### **Choix des éléments de fond**

Le choix des thématiques abordées a été guidé par la recherche bibliographique précédemment conduite. Nous avons choisi de retenir d'une part le débriefing de type « premiers secours émotionnels », et d'autre part le débriefing technique bref immédiat (cf. analyses précédentes).

En terme d'outils et des conseils, nous nous sommes inspirés de phrases types ou de thématiques comme celles des principaux guides en langue anglaise, dont les programmes « MITTS » , « ForYou » du Missouri, « Rapide Response Team » de Cleveland, « Rise » de l'hôpital Johns Hopkins, « Candor » de l'AHRQ, ou encore « code Lavender » cités précédemment.

### **Choix du format**

S'agissant d'un outil pédagogique, afin de toucher le plus grand nombre, nous avons choisi un concept de vidéo brève plutôt qu'un énième format papier. En effet, lorsque l'on est fatigué ou que l'on a peu de temps, il est parfois plus aisé de parcourir une vidéo que de lire un texte.

Pour leur capital de sympathie et légèreté issue de l'enfance, nous avons opté pour une animation de type « stop-motion » utilisant des playmobil. En effet, cela nous a paru rendre les choses un peu moins pesantes et plus attractives à regarder. Il s'agit d'un choix a priori, et seule une évaluation permettra de dire si ce choix est pertinent.

### **Relecture par des soignants divers**

Le script de cette vidéo dans une forme préliminaire a été soumis à un panel de soignants (deux sages-femmes, un chirurgien viscéral, un médecin urgentiste, deux psychiatres) pour avis. Des remarques ont été recueillies et prises en compte, permettant d'aboutir à la version améliorée proposée dans ce mémoire. Le détail des remarques est disponible sur simple demande, mais il n'a pas été inclus pour alléger le document.

### **Une diffusion gratuite, mais une évaluation nécessaire**

Le script final de cette vidéo est disponible dans l'annexe 1. La vidéo sera accessible sur le moteur de recherche Youtube en libre accès, sur la chaîne Youtube du réalisateur. Elle s'inscrit en effet dans un projet global d'élaboration d'outils patients et soignants à la maternité du CHU de Toulouse. L'idée est aussi que les soignants qui viennent consulter une autre vidéo sur ce site soient attirés à regarder celle-ci.

Une évaluation de cet outil sera bien entendu essentielle, et est prévue. Les retours des participants du DIU « soigner les soignants » lors de la soutenance, ainsi que des membres du jury en seront une étape importante.

## CONCLUSION

Nous avons donc observé que le terme de débriefing regroupe des choses très différentes. Dans ce brouillard, on ne sait pas parfois exactement ce qui est a été mis en place ou est recommandé dans l'accompagnement des « secondes victimes ». Il serait donc utile de clarifier le terme de débriefing ou de lui rattacher un complément (adjectif, autres noms accolés ??), permettant de savoir de quoi on parle.

Ces précisions sont indispensables et constitueront une première étape dans l'évaluation de tous ces dispositifs et processus de soutien.

D'une manière générale, les travaux scientifiques rigoureux autour des « secondes victimes » sont nécessaires et doit être soutenus. On voit par exemple que les débriefings psychologiques purs type « cellule de crise » pourraient peut être être délétères pour certains. C'est pour cette raison que même les constructions empathiques et paraissant de « bon sens » nécessitent d'être évaluées de façon rigoureuses.

Une place majeure paraît être prise par le micro-débriefing de type « premiers secours émotionnels », individualisés, entre pairs, de réalisation quasi immédiate après les événements graves. Faciliter leur mise en place est indispensable et pourrait même être qualifié d'éthique, comme l'ont suggéré certains auteurs. Ceci paraît à réfléchir dans de nombreux structures, y compris en dehors des établissements. Comme l'ont déjà anticipé quelques vastes programmes, la sensibilisation des professionnels et leur formation tant à demander de l'aide qu'à en apporter est possible à mettre en place. De l'énergie et de la créativité sont nécessaires pour augmenter les outils et initiatives pédagogiques dans ces domaines. Notre clip vidéo se veut une tentative simple dans ce domaine.

**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES PRINCIPALES :**

1. Seys D. Supporting involved health care professionals following an adverse health event : a literature review. *International Journal Nursing Studies* 2013 ; 50 : 678-687.
2. Galam E. *L'erreur médicale, le burnout et le soignant*. Springer, 2012.
3. Gardner R. Introduction to debriefing. *Seminars in perinatology* 2013 ; 37 : 166-174.
4. Mullan P. Implementation of an in Situ qualitative debriefing tool for resuscitations. *Resuscitation* 2013 ; 84 : 946-951
5. Harrison R. Critical incident stress debriefing after adverse patient safety events. *Am J Managed Care* 2017 ; 23 : 310-312.
6. Van Emmerik A. Single session debriefing after psychological trauma : a meta-analysis. *Lancet* 2002 ; 360 : 766-771.
7. Van Pelt F. Peer support : healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. *Qual Saf Health Care* 2008 ; 17 : 249-252.
8. Hu Y. Physician's needs in coping with emotional stressors : the case for peer support. *Arch Surg* 2012 ; 147(3) : 212-217.
9. Pratt S. Care of the clinician after an adverse event. *Int J Obste Anesth* 2015 ; 2014 ; 24(1) : 54-63.
10. Helo S. Complications : acknowledging, managing, and coping with human error. *Trans Androl Urol* 2017 ; 6(4) : 773-782.
11. Plews-Ogan M. Wisdom through adversity : learning and growing in the wake of an error. *Patient Education and Counseling* 2013 ; 91 : 236-242.

Nombreuses autres publications analysées, sur demande

## Annexe 1

# Vidéo de sensibilisation

<b>Caractéristiques</b>	
Titre du Film	« Premier secours émotionnels » et debriefing Les soignants confrontés à un évènement grave
Public ciblé	Soignants en général dans une démarche de sensibilisation
Durée	4 minutes
Moyen de Diffusion	Soutenance de mémoire de DU, puis MOOC/Mise à disposition des associations de soutien aux « secondes victimes » (Dispo sur Youtube)
Objectifs	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sensibilisation à la question de la santé des soignants confrontés à des événements graves (avec ou sans erreur)</li> <li>2. Outil-ressource permettant d'accompagner au mieux les personnes ou collègues confrontés à ces événements</li> </ol>
<b>Aspects Techniques</b>	
Rushs filmés	Stop motion + images png libres de droits pour métaphores ou notions abstraites
Techniques de cadrage particulières	Selon avis et choix du réalisateur (Sébastien Fleury, sage-femme et producteur video)
Matériel utilisé	Spécifiques
Voix-Off	Dr Béatrice Guyard Boileau et Sébastien Fleury (narration passive)
Titrage	
Musique souhaitée	Libre de droit/création musicale Pour soutenir la réflexion sur un sujet sensible : plutôt en mineur

## Storyboard

Time Code	Script	Scénarisation
	Bonjour, cette vidéo a pour but de sensibiliser les soignants à ce qui se passe immédiatement après un événement grave, dans le but mieux traverser au mieux cette période	le dragon qui tombe de haut au milieu d'une scène d'hôpital ou de soin.
	Un événement grave en médecine, c'est arrivé de nombreuses fois, et cela arrivera encore. C'est lié au fait que la médecine est très complexe, et que les soignants sont humains, et donc peuvent faire des erreurs.	Situation de bloc opératoire, bcp de gens, bcp de machines, bruit de fond de blablba  Le calendrier qui tourne (dans video pre existantes)
	C'est normal d'être impacté. Savoir que tout le monde ressent des choses similaires dans de telles situations peut vous aider.	Normalité : bcp de gens tous pareils ??
	Souvent, ce qui vient de se passer est ressassé en boucle dans les moindres détails, sans que l'on puisse s'en empêcher. On se sent coupable, même s'il n'y a pas eu d'erreur	Un playmo qui tourne en rond autour d'une machine médicale ?? Manège ? manège avec écritures honte/doute/découragement/révolte etc
	On ressent aussi de la honte, on doute de sa compétence et même de soi, comme une tache d'huile qui s'étend.	Joues rouges ? Tache d'huile ?? Oiseau la tete dans le sable ??
	Et puis on se demande comment vont réagir nos collègues, ce qu'ils vont penser de ce qui s'est passé : cela fait peur	Un playmo derrière une porte et d'autres de l'autre coté de la porte qui lui tournent le dos
	On se sent anxieux pour tout, le cœur tappe vite, on ne trouve pas le sommeil, on est envahit	Lit, pas dodo Bruit de cœur qui bat
	C'est important de rassurer la personne sur le fait que dans tous les cas, c'est un bon soignant, qu'il est quelqu'un d'important et apprécié dans l'équipe.	??
	Les études ont mis en évidence le rôle fondamental du soutien par un collègue direct : c'est par exemple, encourager la personne à exprimer ses sentiments, reformuler ce qui est dit, et soutenir la personne dans la recherche de ses propres solutions qui aidera le plus.	
	Cette histoire que l'on vient de vivre sera parfois difficile à partager avec des amis, ou la famille, tous ceux qui ne connaissent pas de l'intérieur le métier de soignants, c'est pourquoi c'est important de pouvoir le faire là.	Une famille au parc (dans video pre existantes) et un playmo seul sur une montagne ?
	En définitive, c'est comme le « premier secours » ou le « pompier » des émotions : être là, avec bienveillance, valider le fait qu'il s'est passé quelque chose d'inimaginable et que c'est dur, et rassurer sur le fait que ce que la personne ressent est en quelque sorte normal.	Playmo pompier ou premier secours Qui ramène qq en le soutenant ?

## DIU soigner les soignants

Time Code	Script	Scénarisation
	Tout ce soutien permet d'améliorer la qualité de la rencontre avec le patient ou sa famille. Ceci participera aussi à la reconstruction du soignant.	
	Dans certains cas très traumatisants, il est sans doute mieux que le soignant puisse quitter momentanément les soins, car de nombreuses études montrent que des erreurs surviennent plus fréquemment dans un tel contexte de choc émotionnel.	Un playmo qui va chez lui ?? et d'autres qui le saluent de la main avec bineveillance
	Garder le lien est important	Playmo qui se téléphonent, un dans l'hôpital, un ailleurs dans une maison, ou balade dans un parc à deux ou trois ?
	Parfois, on s'inquiète des suites avec la hiérarchie, ou encore un procès. On ne sera pas seul. Des personnes moins impactées émotionnellement ou ayant une compétence dans ces aspects pourront être là et apporter un soutien.	Un playmo au centre et plein de gens qui viennent un par un vers lui, qq chose de plutôt joyeux
	On pourra être aidée par des associations de soutien aux soignants, ou encore des équipes spécialisées à l'intérieur des établissements de santé.	Bureau avec des gens qui ont l'air gentil, bureau avec des gens au tel..
	On peut être rassuré : même si cela prend parfois plusieurs mois, la majorité des soignants arrivent à se reconstruire après cet événement.	Un playmo qui joue et à l'air heureux (enfants chiens etc, soleil, bruits d'oiseaux ?
	Et pour environ un soignant sur dix seulement, cela restera difficile après plusieurs mois : une prise en charge spécialisée sera alors possible, sans jugement. Ce n'est pas une faiblesse, cela arrive parfois lorsqu' on est un soignant. C'est un métier dangereux pour les sentiments	Bruit d'orage, qq qui avance dans la jungle ??? et le dragon (qui représente l'événement grave traumatisant)  Un truc dangereux : dompteur de lion par exemple ???
	En définitive, face à un événement grave, se rapprocher d'un collègue de façon simple et immédiate apporte un soutien majeur. Une sensibilisation du plus grand nombre à ces « premiers secours émotionnels » renforcera le maillage et les possibilités de soutien.	
		Petite musique On va vers un hopital ?? (pour dire qu' on va parler de choses en équipe)
	Parfois lorsque l'événement est survenu lors d'une prise en charge en équipe, il paraît utile que les soignants confrontés à l'événement traumatisant se réunissent, pour un moment bref en toute confidentialité nommé débriefing. L'approche sans jugement est indispensable, sous la responsabilité d'un leader identifié.	Des gens dans une salle ? après le passage du dragon
	La formulation des actions et les pensées de chacun permet une meilleure compréhension de ce qui s'est passé : certaines divergences sont mieux comprises.	Ils se prennent dans les bras mutuellement ou font une ronde après se tourner le dos par petit groupe Métaphore ???

## DIU soigner les soignants

Time Code	Script	Scénarisation
	D'emblée, rechercher ce que l'on pourra améliorer est important. De nombreuses études montrent que dégager des actions d'amélioration est essentiel dans la reconstruction des soignants. Plus tard seulement, ces éléments seront analysés en profondeur, par exemple lors d'une revue de morbi-mortalité.	Passer de assis à se redresser Re entrer dans l'hôpital ou dans un cabinet de docteur Le playmo sur un calendrier car je veux bien montrer que c'est bien après
	Ce débriefing permet aussi d'organiser les actions à mettre en place immédiatement.	
	Il s'agit par exemple à quelques uns de regrouper les données disponibles (comme par exemple un tracé de scope), et de choisir le mode de rédaction d'un rapport circonstancié.	Playmo qui écrivent sur une table ?
	Les modalités d'information de la patiente ou sa famille, ainsi que des autres membres de l'équipe seront décidés tous ensemble, ainsi que la communication avec l'institution éventuelle ou l'assurance.	Des gens qui vont voir qq dans un lit allongé
	Savoir que tous ces éléments, sources d'anxiété, sont organisés apporte un soulagement.	Un bruit de soupir ?
	Savoir que cela peut être lourd et que l'on peut trouver de l'aide, par exemple auprès de collègue ou dans l'institution.	Métaphore de l'aide ?? Quelqu'un qui grimpe sur une pente et qq qui l'aide en le tirant ?? ou qq qui sort de l'eau et qq qui l tire ?? (avec des animaux nautiques ?:)
	En définitive, le debriefing technique bref en équipe, le plus proche possible de l'évènement remplit permet aux soignants impactés par un évènement grave de mieux comprendre ce qui s'est passé et de débiter une étape de reconstruction dont ils sont acteurs ; Il complète les « premiers secours émotionnels », essentiels dans le soutien individuel.	Encore le dragon, et montrer que ça va ??

GUYARD-BOILEAU Béatrice

### **DEBRIEFING SUITE A UN EVENEMENT GRAVE : QUELLES METHODES ?**

**Résumé :** *Introduction :* pour aider les « secondes victimes », on évoque la conduite de débriefing. Qu'en est-il ? *Méthodes :* nous avons effectué un travail bibliographique. *Résultats :* le terme de débriefing correspond à de nombreux concepts. Il existe des débriefings très techniques, proches de ceux de la simulation en terme de fondamentaux et de méthodes. Leurs objectifs est la compréhension de ce qui a pu conduire à l'évènement indésirable grave (en terme d'actions, mais aussi de pensées). Une attention particulière sur la communication et le soutien entre les interlocuteurs, ainsi que le leadership sont investigués. Par la recherche d'action d'amélioration, ces debriefings techniques participent à la reconstruction des professionnels ainsi que à l'amélioration des soins. Dans un autre registre, on identifie des débriefings psychologiques type « cellule de crise », mis en place après des évènements traumatisants comme des attentats, de réalisations très variables (type d'encadrement, délai, méthode, etc.). Leur objectif est la prévention du syndrome de stress post-traumatique. Leur évaluation montre une inefficacité, voire des effets délétères. En l'absence d'évaluation solide dans le domaine des « secondes victimes », il convient donc d'être extrêmement prudent sur leur mise en place. Enfin, on retrouve parfois des débriefings de type « premiers secours émotionnels », s'appuyant sur une relation entre pairs ou collègues. Ils sont adaptés aux besoins individuels d'écoute et de recherche de solutions. La sensibilisation de tous les professionnels de santé et leur formation aux « premiers secours émotionnels » paraît primordiale, permettant de renforcer le maillage de professionnels compétents et de disponibilité immédiate. Devant la quasi absence d'outils en langue française, une vidéo de sensibilisation a été réalisée, sur la base des éléments de l'analyse bibliographique. *Conclusion :* Certains débriefings sont essentiels, et leur mise en place est sans doute même éthique. Il serait indispensable de clarifier le terme de débriefing, base de l'évaluation de ces actions.

**Mots clés :** débriefing, seconde victime, premier secours émotionnel, sensibilisation vidéo

### **DEBRIEFING : WHAT IS IT ABOUT?**

*Introduction :* to help the "second victims", debriefing is often mentioned. What is it about exactly? *Methods:* we performed a review analysis. *Results:* debriefing is used in many concepts. There are some technical debriefings, similar to those used in simulation in terms of fundamentals and methods. Their objectives are the understanding of what could lead to the serious adverse event (in terms of actions, but also thoughts). Communication between interlocutors, support between professionals and leadership are also investigated. Through the search for improvement, these debriefing are important for the reconstruction of professionals and improvement of care. We also identify "crisis incident stress debriefing", focusing on psychological aspects, such as thoses set up after traumatic events such as attacks. They are very different one from the other (type of supervision, delay, method, etc.). Their goal is the prevention of post-traumatic stress disorder. Their evaluation shows inefficiency, perhaps even deleterious effects. In the absence of a strong evaluation in the field of "second victims", it is therefore advisable to be extremely cautious about their implementation. Finally, there are some micro-debriefings also called "emotional first aid" debriefings, based on a relationship between peers or colleagues. They adjust very well to the individual needs of listening and search for solutions. Awareness and training of all health professionals on their benefits seems essential, leading to a strong and efficient network of competent professionals of immediate availability. Facing the paucity of tools in french language, a educational video was created. *Conclusion:* Some debriefings are essentials, and their implementation could even be called ethical. Nevertheless, it would be useful to clarify the term debriefing, the first step in the essential evaluation.

**Key words:** debriefing, second victim, emotional first aid, awareness video