
L'ECRIT

Service des soins infirmiers du département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA) -1008 Prilly -Lausanne

Numéro 8

MARS 1998

LE DEBRIEFING : RETABLIR LA CONTINUITE. UN ACTE INFIRMIER?

Présentation: Dans le cadre du plan ORCA (1), l'équipe du CITB (2) est formée pour intervenir auprès des personnes victimes de catastrophes naturelles, professionnelles, personnelles. Avant de faire le sujet d'un écrit, le travail entrepris dans ce registre a été présenté lors d'un «mercredi infirmier» du DUPA (3)

Résumé: Des infirmiers en psychiatrie sortent de leur lieu habituel d'intervention, changent de cadre de référence pour assister des personnes en détresse à la suite d'une situation insoutenable.
Mots-Clés: Personne normale -situation anormale. Emotion -ventilation. Stress post-traumatique - retour à l'homéostasie.

Introduction

Catastrophe, bouleversement accident, traumatisme, des mots pour donner un sens, une explication à un fait.

brusque, effrayant, qui glace, qui saisit. En somme la confrontation à la mort, le sentiment que le temps s'est arrêté; que plus rien ne sera comme avant ... avant l'innommable.

Chacun, lors d'un événement critique présentera une réaction, un mode de fonctionnement différent ou ne manifestera rien. C'est aussi une forme d'adaptation à un déséquilibre, une confrontation à des situations qui ne sont pas inscrites dans la normalité. La prise en charge de ces personnes va influencer l'évolution à long terme et éviter une chronification de leur état comme cela se voit avec les PTSD(post traumatique syndrome disorder).

- Comment articuler cette prise en charge ?
- A qui la prodiguer ?
- A quel moment ?
- Avec quels moyens ?
- Quelles techniques ?

Toutes ces questions se posent face à une pratique encore peu usitée et donc encore mal identifiée.

L'à priori absolu est de reconnaître l'exceptionnelle anormalité de la situation vécue par un groupe ou une personne et la normalité de leurs réactions face à elle (stupeur, frayeur, étonnement, déni, etc.). La demande est généralement faite, pour un groupe, par son responsable hiérarchique, pour une personne, par son entourage proche (famille, médecin).

INTERVENTION: Deux dispositifs

Le premier dispositif n'est évoqué que parce qu'il est possible même si nous ne l'avons pas encore pratiqué. Il consiste à intervenir sur les lieux même du drame et à exercer à côté d'une prise en charge somatique (assuré par d'autres professionnels), un soutien psychologique.

Le traitement dans cette phase aiguë devrait être:

Bref, immédiat, proche du lieu de l'incident. Dans un lieu connu (une structure doit se mettre en place) pour donner des informations et pouvoir évaluer la fonctionnalité des gens. L'information donnée doit être claire, bien structurée et transmise avec le moins de perturbations possibles.

En effet «Etre traumatisé» est une expression qui peut englober:

- La ou les victimes
- Le sauveteur
- Les témoins
- Les proches

Lors d'une expérience à caractère traumatisant on sera amené à identifier diverses réactions; des réactions qu'il faudra mettre en relation avec le temps, par ex:

- Images récurrentes de l'événement
- Pensées envahissantes en relation au fait
- Réminiscences
- Impressions de revivre
- Sentiments de détresse, d'impuissance
- Fatigue

Le moment du debriefing serait celui de parler, de pleurer, de prendre son temps.

Le second dispositif que nous avons pratiqué sept ou huit fois est plus formel. Il intervient plus

tard (quelques jours), comme une reprise d'événements qui provoquent encore cauchemars, larmes, regrets, etc.

Le debriefeur commence avec une introduction qui a pour but de préciser l'origine de la demande, de clarifier le rôle de chacun, de donner les règles de déroulement de la séance (temps et lieu, confidentialité, objectifs, limites). La signification de notre présence doit être comprise par toutes les personnes. La consigne est de s'en tenir aux faits.

Le debriefeur va faire preuve d'empathie, va admettre la gravité des faits, permettra de les préciser. Les émotions seront verbalisées dans la mesure du possible. La reconstruction des limites de chacun est nécessaire.

- Qu'est-ce qui s'est passé réellement ?
- Quel est le ressenti actuel ?
- Quels sont les souvenirs, les réactions émotionnelles, affectives du groupe qui peuvent même parfois aller à la rencontre des réactions individuelles de chaque membre présent. Le debriefing devra permettre la récupération d'un esprit de corps. Ce n'est pas une thérapie mais l'intervention permettra le rétablissement de l'équilibre de chacun, donnera la possibilité à chaque individu de retrouver son adaptation, son rôle dans le groupe et finalement assurera la continuité de ce dernier.

Dans une démarche de debriefing, on peut distinguer différents schémas. Les séances débutent toujours avec la description des faits qu'on peut inscrire dans le mouvement cognitif. Les mouvements iront du cognitif vers l'émotionnel pour retrouver l'aspect cognitif ce qui permettra de contrôler ces émotions malgré la force des différents vécus.

La place des pensées est importante:

- Quel est la première pensée qui vous vient à l'esprit ?
- A quel moment ?
- Quelle est la situation la plus difficile de votre point de vue ?
- Si vous aviez la possibilité d'effacer une partie de ce qui s'est passé, laquelle choisiriez-vous ?
- On doit être aussi attentif aux symptômes tels que : fatigue, anxiété, agitation, idées récurrentes.
- Les faits sont perçus de façon différente par chaque personne. Pour cette raison les questions posées doivent recevoir une réponse claire. La clarification des questions et des réponses est importante, elle va permettre d'éviter une stagnation du processus.
- A la fin de chaque séance écrire un compte rendu de debriefing qui décrit les points tels que:

- Date, durée, nombre de personnes
- Les vécus exprimés
- Les mécanismes d'adaptation identifiés et qui ont permis de reconstruire le groupe
- Le ressenti du debriefeur

Description d'une séance de debriefing:

L'intervention a eu lieu, quelques jours après un drame survenu dans un groupe professionnel (décès de 2 d'entre eux). A la demande du responsable de ce corps, nous avons mis en place 3 séances de debriefing de 1 h. 30 et d'environ 5 à 10 personnes par groupe. Ce travail s'est fait sur leur lieu d'activité. Seul le responsable sera présent aux trois rendez-vous.

Le premier groupe sera formé de 7 personnes, les débriefeurs seront le médecin de notre unité (le Dr Peter) et un infirmier.

Le second sera composé de 6 personnes, les débriefeurs seront deux infirmiers du CITB.

Le troisième verra se côtoyer 8 personnes et les mêmes débriefeurs que le précédent.

Chaque fois, ici, c'est le leader naturel du groupe qui introduira, rappelant le cadre, les objectifs et les règles: «chaque personne peut s'exprimer et tout ce qui peut se dire restera dans le groupe».

D'emblée, et en partant de son vécu, il exprime différentes émotions, une série de rêves qui ont suivi le drame et l'expérience de revoir tout ce qui s'est passé.

Par cette ouverture, les échanges se font naturellement, toutes les personnes présentes expriment des sentiments, des émotions et les troubles qui les ont accompagnés après la tragédie. Une personne exprime son mal être, sa nervosité et son irritabilité journalière, petit à petit elle arrive à mettre des mots sur ses émotions, dire qu'elle a une rage à faire sortir, elle parle notamment de ses relations professionnelles.

Son récit est très touchant et a beaucoup mobilisé les sentiments du groupe.

Un autre donne beaucoup d'explications, en rationalisant, il met de la distance entre les faits et ses sentiments, il questionne, les limites qu'une telle activité doit avoir; il effleure ainsi le problème de son engagement.

Un autre évoque aussi le désir de partager ses émotions avec ses amis, ce qu'il fait pour la première fois ici. Durant toute la séance, nous avons perçu beaucoup d'émotions, senti leur besoin d'exprimer une souffrance et d'y mettre des mots.

Il y a des interrogations autour des sentiments de culpabilité, des limites de chacun, des erreurs possibles et de l'engagement professionnel. L'impact sur l'entourage a été abordé. Une grande colère s'est dégagée sur les répercussions données par les médias.

Nous finissons notre intervention avec l'impression que chaque participant a pu utiliser l'espace offert. La parole a été un élément de partage utilisé par tous. Les réactions du stress post-traumatique aigu ont pu s'inscrire dans une dynamique normale après une telle tragédie.

Nous avons bien vécu ces séances; émotions, réactions de stress ont été exprimées spontanément de manière à pouvoir travailler ensemble, évoquer la tristesse, rage, inhibition, irritabilité, troubles du sommeil, pour les inscrire dans un contexte de normalité face à un tel drame.

Malgré le fait que les phases techniquement décrites n'aient pas été strictement respectées, le déroulement de la séance a donné la parole à chacun et la communication a permis de récupérer un esprit de corps.

Le maintien du leader naturel dans son rôle et durant les trois séances, a conforté chacun dans sa loyauté à son égard.

- Si pour les deux premiers groupes, le temps imparti s'est révélé suffisant, en revanche pour le troisième, plus proche des victimes, nous avons dû à la fin du temps prévu faire le constat d'être encore en chemin et nous lui avons proposé une deuxième rencontre s'il le souhaitait. Le groupe ne l'a pas jugé utile et ne nous a pas sollicité à nouveau.

Traitement résiduel

- Il arrive parfois que l'unique séance de débriefing ne soit pas suffisante pour certains éléments du groupe, il est alors conseillé, un suivi par un spécialiste, dans un autre cadre.
- Quelques symptômes peuvent persister:
 - Si les problèmes s'aggravent ou restent stables après un délai de 4mois
 - Baisse de rendement professionnel
 - Isolement social croissant
 - Conflits familiaux
 - Troubles psychiques associés (état dépressif)
 - Prise de risques inconsidérés
 - Problèmes d'alcoolisme ou dépendance aux médicaments (il y a un pourcentage considérable de personnes qui présentent une mauvaise évolution avec prise de toxiques)
 - Les toxiques prolongent la durée des symptômes
- Quelques symptômes peuvent survenir à long terme:
 - Sentiment que l'avenir n'existe plus
 - Réduction nette de l'intérêt pour les activités habituelles
 - Sentiment de détachement ou de devenir étrange
 - Besoin de se confronter de plus en plus à des situations dangereuses pour avoir le sentiment d'exister
 - Le traumatisme peut augmenter la vulnérabilité

Conclusion

Si la demande d'assistance est bien reconnue par les personnes concernées, il est évident que la séance de debriefing sera utile. Il -est nécessaire, pour cela, qu'elle puisse se dérouler dans un lieu qui appartient au demandeur, évitant ainsi analogiquement, si cela se passait au CITB par exemple, une médicalisation de la situation.

Ce setting particulier nous fait sortir de nos confort architecturaux. Il nous oblige aussi et cela n'a été mis en évidence qu'à partir du moment où nous avons commencé cette nouvelle pratique, à modifier nos techniques d'entretien. Habituellement, dans notre pratique de l'urgence et de la crise, nous privilégions la pathologie du sujet, la situation sociale et familiale n'intervenant que comme complément causal. Là au contraire c'est le contexte qui est fondamental.

Là où nous faisons des liens dans le discours de nos patients, ici nous nous en tenons aux faits -et uniquement à eux, sans personnalisation excessive, sans relation duelle.

C'est aussi, à l'expérience, l'utilité d'être deux débriefeurs, pour éviter des cristallisations binaires, pour pouvoir se décharger sur son collègue d'une "émotion trop forte qui nous empêcherait de continuer à coacher le groupe ou la personne de façon efficace.

Faut-il être formé en psychiatrie pour débriefer ?

En fonction du premier dispositif décrit, c'est plus d'un acte d'immédiateté et de bon sens dont nous avons besoin. Dans ce cas là, d'autres corps de métier (Police, Pompiers, Samaritains) sont tout à fait à même d'intervenir.

Par contre, au regard du deuxième dispositif décrit, la connaissance des réactions psychologiques que vont manifester les victimes, la connaissance de la relation d'aide, la capacité de prendre sur soi est essentielle.

Nous pensons que notre formation en psychiatrie devrait nous aider dans l'exercice de cet acte.

(1) ORCA: Organisation et coordination des secours en cas d'accidents majeurs ou de catastrophes.

(2) CITB: Centre d'interventions thérapeutiques brèves. Hôpital Nestlé, CHUV, 1011 Lausanne.

(3) DUPA: Département Universitaire de Psychiatrie Adulte.

L'équipe infirmière du CITB:

Pour l'écrit Mme M. Valenzuela, infirmière

Pour la présentation:

Mr JC Miéville, ICUS

Mr Y Dorogi, infirmier