Simulation en santé et sensibilisation au débriefing médico-psychologique collectif en situation opérationnelle

V. Vautier[a], A. Delahaye, J.-F. Ringeval[b], N. Poisse[b], C. Gorin[a]

a Service de psychiatrie, Hôpital d'instruction des armées Sainte-Anne, BP 600 – 83800 Toulon Cedex 09.
b Centre d'enseignement et de simulation à la médecine opérationnelle, antenne de Toulon.

Résumé

Les médecins et infirmiers stagiaires de l'antenne toulonnaise du Centre d'enseignement et de simulation à la médecine opérationnelle de l'École du Val-de-Grâce ont exprimé en 2014 le besoin d'une sensibilisation à la pratique du débriefing médico-psychologique collectif. Un dispositif pédagogique d'une durée de deux heures trente reposant sur la simulation en santé a alors été élaboré par cette antenne afin de permettre aux stagiaires d'expérimenter davantage la situation du débriefing collectif souvent proposé aux groupes de combat en opération extérieure. En 2016, l'équipe pédagogique composée de deux psychiatres, d'une psychologue clinicienne et d'un infirmier des forces, a étoffé ce module de formation qui dure à présent une journée et demie (10 heures). Il est entièrement consacré à la prise en charge médico-psychologique groupale des impliqués directs après évènement grave dans le cadre d'une formation « mise en condition de survie d'un blessé de guerre ». Cet article propose d'établir un état des lieux de l'utilisation de la simulation médicale dans l'enseignement de la psychiatrie et un rappel des indications du débriefing collectif. Il met en lumière l'intérêt de cette approche pédagogique pour l'apprentissage des savoirs, savoir-faire et savoir-être dans la prise en charge des groupes exposés à un évènement potentiellement traumatique.

Mots-clés : CESimMO, Débriefing médico-psychologique. École du Val-de-Grâce. Groupe. Opération extérieure. Psychiatrie militaire. Simulation médicale.

Abstract

HEALTH SIMULATION IN THE TRAINING FOR COLLECTIVE MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL DEBRIEFING IN OPERATIONAL SITUATIONS.

The feedback of the military trainees who followed the course in medical and psychological debriefing at the Toulon Branch of the Teaching and Simulation Centre for Operational Medicine (CESimMO) of the Val de Grace Army Medical School (EVdG) is positive. As part of their operational preparation, trainee doctors and nurses expressed the need for longer training based on the same pedagogical principles, in order to test collective debriefing situations which combat groups must face after potentially traumatic events. Therefore, the pedagogical team composed of two psychiatrists, a clinical psychologist and a military nurse, developed a new one-and-a-half-day training module devoted entirely to the medical and psychological group management of those directly involved. This article proposes an inventory of the use of medical simulation in the teaching of psychiatry. It highlights the value of this pedagogical approach in acquiring knowledge and know-how for the care of groups exposed to potentially traumatic events.

Keywords: CESimMO. Medical and psychological debriefing. Operational readiness. Simulation. Training.

Introduction

L'enseignement des savoir-faire et savoir-être dans le domaine médico-chirurgical et psychiatrique est devenu un défi pour l'ensemble des centres de formation à la médecine opérationnelle. Aux États-Unis et en Europe, les enseignements basés sur la simulation médicale représentent un véritable tournant dans la formation des urgentistes, des chirurgiens et des réanimateurs, en particulier dans le monde militaire. Ces nouvelles techniques pédagogiques prennent en compte l'intervention du soignant depuis l'évacuation médicale du blessé jusqu'à son acheminement au sein des structures hospitalières. L'abord psychiatrique du blessé de guerre et de l'impliqué direct a été peu intégré à ces formations.

V. VAUTIER, médecin en chef. A. DELAHAYE, psychologue de classe normale. J.-F. RINGEVAL, ISG 2G. N. POISSE, ISG 1G. C. GORIN, médecin principal.

Correspondance : Madame le médecin en chef V. VAUTIER, Service de psychiatrie, Hôpital d'instruction des armées Sainte-Anne, BP 600 – 83800 Toulon Cedex 09.

Simulation médicale et formation à la psychiatrie : état des lieux en France

Plusieurs appels à projet des Agences régionales de santé (ARS) ont eu pour objectif en 2017 de soutenir ce type de dispositif pédagogique pour la formation initiale et continue des professionnels de santé. L'ARS Île de France a accompagné depuis 2014, 25 projets qui ont bénéficié d'un financement de 30 % à 100 % pour une somme totale de plus de deux millions d'euros. Le renforcement de la place de la sécurité des soins dans la formation des professionnels est un des objectifs de l'axe 3 du Programme national pour la sécurité des patients (PNSP) 2013-2017. Dans ce cadre, la simulation en santé, sous ses différentes formes, est la méthode prioritaire retenue en formation initiale et continue des professionnels de santé pour faire progresser la sécurité. La simulation permet de proposer des situations variées, du plus simple au plus complexe, de favoriser la répétition de gestes et d'activités pour une acquisition proche de la maîtrise.

Ce programme vise à mobiliser les équipes pédagogiques des instituts de formation des paramédicaux, les universités partenaires et les établissements de santé dans le développement d'outils pédagogiques innovants s'appuyant sur le numérique, notamment les centres de simulation en santé.

Les avancées technologiques proposent aujourd'hui des outils de simulation de la réalité très performants. Le monde de la santé peut désormais en bénéficier. Cela permet à l'ensemble des étudiants des professions de santé d'aborder la prise en charge du patient avec les acquis cliniques et techniques nécessaires et de respecter ainsi le principe « jamais la première fois sur le patient ». La simulation permet de s'entraîner individuellement mais aussi collectivement en équipe pluri-professionnelle. Elle facilite l'appropriation des pratiques par la répétition des gestes et des activités et vise à en assurer la maîtrise. Les disciplines faisant appel aux techniques d'entretien sont encouragées à se saisir de ce nouvel outil pédagogique pour améliorer la qualité de l'enseignement. L'acquisition d'un savoir n'est plus le seul objectif des études de médecine ou des programmes de formations continues notamment dans le domaine militaire. Les Savoir-faire et les Savoir-être face à des situations de soins complexes sollicitant des compétences relationnelles sont tout aussi importants. En 2012, la Haute autorité de santé (HAS) a émis des recommandations concernant la bonne pratique de la simulation qu'elle considère comme un outil efficient dans le développement professionnel continu des soignants et ce dans toutes les disciplines (1). Cette méthode pédagogique active, basée sur l'apprentissage expérientiel et la pratique réflexive, s'applique tout particulièrement à l'enseignement de la pratique du débriefing médico-psychologique collectif. Les psychologues et internes de psychiatrie militaires sont particulièrement concernés pour leur préparation à la prise en charge médico-psychologique des groupes de combat à l'occasion des missions extérieures. Les médecins et infirmiers des forces peuvent également bénéficier de cette sensibilisation pour faire face à des situations exceptionnelles où ils n'auraient pas la possibilité de faire appel à un spécialiste psychiatre ou psychologue sur un théâtre d'opération.

Avant l'émergence récente de la simulation appliquée à la psychiatrie, la sensibilisation des étudiants à l'approche relationnelle et à la pratique d'entretien reposait sur la participation à des stages hospitaliers ou le visionnage de vidéos d'entretiens de patients. Ces approches, minoritaires, étaient dominées par un enseignement magistral et théorique de la psychiatrie. De ce fait, la conduite de l'entretien individuel ou groupal durant la formation des étudiants en médecine ou des élèves infirmiers demeure intuitive et repose sur les qualités intrinsèques de l'apprenant à se montrer empathique et à maintenir une juste distance avec le patient.

Par ailleurs il a fallu adapter le concept de simulation médicale particulièrement développé dans le monde de l'urgence, avec une conception très centrée sur la technique, à une approche plus globale de la médecine et de la relation thérapeutique avec des scénarios complexes. Il s'agit donc d'un champ pédagogique tout nouveau dont il faut définir le cadre théorique et les techniques d'évaluation.

Évolution de la formation des internes en médecine

En France, les compétences non techniques sont validées implicitement par le biais des stages hospitaliers et ne font l'objet ni de session d'examen, ni de programme pédagogique spécifique. Cela s'explique en partie par la difficulté à trouver une manière fiable et reproductible de transmettre puis d'évaluer ce type de compétences. La limite de cet apprentissage par les stages est qu'ils mettent bien souvent l'étudiant dans une position d'observateur passif de ce qui se joue entre le médecin sénior et son patient. L'autre limite réside dans le fait que les praticiens doivent avoir la volonté et la disponibilité de permettre à l'étudiant d'être témoin de leur relation au patient. Enfin, les avancées en termes de reconnaissance des droits du patient, à travers la loi N° 2002-303 du 4 mars 2002, tendent à rendre ce dernier plus conscient de sa liberté à refuser qu'un étudiant assiste à un entretien. Il paraît donc intéressant de réfléchir à des méthodes complémentaires d'apprentissage des compétences relationnelles qui soient reproductibles et qui ne mettent en danger ni le patient, ni le médecin. Cela correspond à une demande forte des étudiants en médecine mais aussi des infirmiers (2), et plus encore dans le domaine militaire où ils sont confrontés à des situations relationnelles et émotionnelles complexes, souvent critiques, en opération extérieure.

En 2014, à l'occasion d'un travail de thèse de médecine, 28 référents de l'Association française fédérative des étudiants en psychiatrie (AFFEP) ont été interrogés sur leur formation aux techniques d'entretien via un court questionnaire (3). Il en ressort que l'enseignement à la technique d'entretien est obligatoire dans 7 villes sur 25 (28 %), et un seul centre, celui d'Angers (4 %), organise

une formation aux techniques d'entretien en centre de simulation médicale avec intervention d'un patient simulé. Une autre étude menée en 2012 par Granry, étudie les thématiques abordées en simulation médicale en France et révèle que la psychiatrie ne représente qu'1,4 % des disciplines impliquées (4).

Le Diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM) obtenu à la fin de la sixième année de médecine requiert à présent des compétences pratiques plus importantes. L'arrêté du 8 avril 2013 (5), qui définit ce diplôme, précise ce qui est attendu de l'étudiant hospitalier : « Les compétences à acquérir sont celles de communicateur, de clinicien, de coopérateur, membre d'une équipe soignante pluri-professionnelle, d'acteur de santé publique, de scientifique et de responsable au plan éthique et déontologique. Il doit également apprendre à faire preuve de réflexivité ». Ainsi, l'utilisation de technologies de l'information et de la communication appliquées à l'enseignement, aux soins et aux différentes approches de simulation est officiellement encouragée.

Intérêt de la simulation médicale dans l'enseignement de la psychiatrie : une réflexion récente

À l'occasion du Congrès français de psychiatrie (CFP) de 2016, le Pr Pierre Vidailhet, psychiatre, membre du groupe de simulation pédagogique de la Faculté de médecine de Strasbourg, précise que : « la simulation serait un outil pour apprendre et comprendre en l'expérimentant ce qui se joue dans un entretien. Cette compréhension doit faire référence à une théorie du psychisme et de la relation qui sous-tendra le travail de débriefing » (6).

Il y voit trois apports principaux qui, selon nous, s'appliquent tout particulièrement à la psychiatrie militaire :

– mettre les étudiants en situation relationnelle d'exception, dans un contexte sécurisé ;

– pouvoir faire interagir ensemble différents acteurs du soin dont les représentations diffèrent et qui collaborent pourtant dans le soin ;

– expérimenter dans le cadre de la simulation ce que peuvent ressentir les autres « acteurs » de la situation clinique : le patient, la famille, et les autres soignants.

Évaluer l'approche par la simulation : un axe de recherche émergent

Pour évaluer l'impact positif de ce type d'approche pédagogique sur les pratiques de soin, il est nécessaire que la recherche en science de l'éducation montre une amélioration de la qualité des soins et de la relation thérapeutique en aval de l'intégration de la simulation dans le cursus de formation des soignants.

Cette évaluation est particulièrement complexe et doit porter sur des éléments factuels et chiffrables générés par la formation. Le modèle de Kirckpatrick, modèle de référence qui permet d'évaluer l'efficacité d'une technique pédagogique place ce type d'évaluation au niveau 4 de sa classification (comportant 4 niveaux). Il intervient notamment dans le champ du soin relationnel (7). Actuellement, même pour les spécialités médicales qui ont développé la simulation depuis plus de 10 ans, l'évaluation est essentiellement axée sur la satisfaction des étudiants, l'impact de la simulation sur leur stress pendant les prises en charge et leur niveau de confiance en leur pratique (niveau 1 et 2 de la classification de Kirckpatrick).

Un autre axe de recherche pourrait porter sur l'intérêt d'expérimenter cette technique pédagogique pour l'enseignement du débriefing médico-psychologique à la française selon les principes du Pr F. Lebigot encourageant une prise en charge psychothérapeutique précoce et qui diffère du débriefing selon la technique de J. Mitchell (8).

Intérêts et indications du débriefing médico-psychologique collectif en situation d'exception

Principes du débriefing médico-psychologique

Le débriefing médico-psychologique collectif est un acte de soins. En favorisant l'ouverture d'un temps de parole collectif, confidentiel et contenant, il garantit un espace de soin psychique immédiat. Tout en régulant la décharge émotionnelle du groupe, il évite de dédramatiser la situation traumatogène. Il contribue à la mobilisation des ressources psychiques du groupe d'impliqués. C'est du modèle français que s'inspire le module pédagogique présenté dans cet article (8, 9). Il privilégie une approche psychothérapeutique groupale précoce.

Le débriefing se fonde sur l'hypothèse qu'au sein d'un groupe exposé, certains individus peuvent développer un traumatisme psychique. En amorçant un processus groupal et créatif, le débriefing se propose de favoriser l'élaboration d'un récit collectif de l'évènement afin que des représentations puissent prendre place dans l'histoire singulière de chacun. Tel que conceptualisé par F. Lebigot, il est aussi l'occasion de dépister précocement des sujets déstabilisés par l'évènement, et d'initier une prise en charge adaptée (9). Il permet également de créer un effet de cohésion après une situation éprouvante dont la logique spontanée est d'isoler les individus dans leur souffrance. La possibilité de s'exprimer, dans ce cadre confidentiel, permet de désamorcer les rumeurs négatives et les mécanismes de défense groupaux néfastes au climat de confiance et à la fonctionnalité du groupe (recherche de bouc émissaire par exemple).

En milieu militaire, dans le cadre du plan d'action centré sur le dépistage et la prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques, la prise en charge médico-psychologique post immédiate, et en particulier la mise en œuvre du débriefing collectif médico-psychologique,

est du ressort du psychiatre ou du psychologue de théâtre. Cependant, dans des situations exceptionnelles, les médecins des forces qui se trouveraient particulièrement isolés pourraient être amenés à mettre en œuvre des soins précoces au profit d'un groupe de combat.

Caractéristiques des situations d'exception et du groupe de combat

Il existe en effet des situations exceptionnelles dans lesquelles le médecin des forces ne peut pas bénéficier de l'expertise et de l'intervention d'un spécialiste (isolement géographique, difficultés de communication particulières, conditions opérationnelles ne permettant pas de rallier la zone de combat dans des délais suffisants). Dans ces situations particulièrement dégradées, le médecin et son équipe peuvent être amenés à pratiquer une technique idéalement réservée à des spécialistes de la santé mentale. Leur sensibilisation à la technique du débriefing par la simulation est donc envisagée dans le cadre du Centre d'enseignement et de simulation à la médecine opérationnel (CESimMO) de l'École du Val-de-Grâce (EVDG).

En mission, la confrontation à un événement traumatique impacte le plus souvent de petites unités fonctionnelles. Ces petits groupes de combattants, constitués de 5 à 10 individus en moyenne, sont généralement formés en amont du départ en mission, et bénéficient d'une préparation opérationnelle commune favorisant la cohésion globale du groupe. Les combattants sont donc intégrés dans un groupe d'appartenance dédié au sein de leur compagnie de combat, ce qui favorise le tissage relationnel et le soutien collectif comme facteurs protecteurs du groupe et des individus. Ces combattants partagent en effet bien plus que leurs tâches professionnelles, leur cadre réglementaire et hiérarchique, leur lieu de travail ou leurs missions. Ils sont constamment ensemble, notamment sur le terrain, partagent un confort rudimentaire, le stress et la fatigue des temps opérationnels de même que les transitions et le retour au calme lors des temps de repos. Ils exercent mutuellement les uns sur les autres une veille permanente autant sur un plan humain que technique.

Face à un événement traumatique, auquel le groupe de combat aura été exposé, à la fois dans un espace-temps commun mais aussi dans une atteinte commune de leur fonctionnement unitaire, il semble ainsi légitime de s'adresser au groupe.

Intérêt du débriefing médico-psychologique : indication et contre-indication

Le débriefing médico-psychologique collectif présente ainsi plusieurs bénéfices en comparaison au débriefing individuel :

– le respect de la cohésion et de la fonctionnalité du groupe soumis au même stress opérationnel ;

– la mise en œuvre des fonctions autorégulatrices ;

– le renforcement de la cohérence globale et de la cohésion relationnelle ;

– la mise en œuvre d'une veille réciproque.

Bien entendu, ces dispositions s'appliquent particulièrement aux unités de combat. Il s'agit de groupes aux « liens porteurs », constituant une réelle base de sécurité pour ses membres, où le respect de l'autre implique une écoute attentive et bienveillante. L'expression des émotions est rendue possible par la confiance réciproque et le leadership soutenu. Le bon investissement de l'espace de parole favorise ainsi les initiatives collectives et le renforcement du lien.

Les contre-indications au débriefing collectif existent et sont de plusieurs ordres :

– le type d'événement grave comme, par exemple, un passage à l'acte auto-agressif au sein du groupe ;

– les groupes dysfonctionnels ;

– la désignation d'un bouc émissaire au sein du groupe ;

– un leadership défaillant ;

– les groupes d'élite constituent une contre-indication relative.

Le bilan clinique préalable, mené sur le terrain par le médecin du *Role 1*, permettra de repérer ces situations à risque et de poser l'indication du débriefing médico-psychologique collectif. Il s'opère en plusieurs étapes :

– l'analyse de la nature de l'évènement traumatique ;

– le repérage des individus en souffrance et des réactions collectives ;

– les échanges avec la chaîne hiérarchique ;

– la recherche de l'histoire du groupe, de son engagement opérationnel.

La prise en compte et la conjugaison de l'ensemble de ces paramètres permettra d'articuler l'offre et la demande au plus près des besoins des groupes, de leurs expériences, de leur histoire opérationnelle ainsi que de leurs singularités respectives.

Cadres théoriques utilisés dans le module pédagogique

L'organisation globale du dispositif pédagogique utilise les principes généraux de la simulation : un groupe d'impliqués simulés, un scénario bâti et rédigé, un « briefing » de présentation du contexte et de l'équipement, un environnement réaliste, une séance de simulation, une discussion collégiale structurée et pilotée, un document de fin de séance d'aide à la progression, une évaluation pré et post-dispositif et un questionnaire de satisfaction. Ces scénarios peuvent s'inspirer d'une situation impliquant un groupe de combat en mission ou d'une situation crise sanitaire sur le territoire national. Un scénario impliquant un groupe de primo intervenants (sauveteurs, pompiers) confrontés à des victimes d'attentats pourrait tout à fait s'y prêter (10).

La discussion collégiale autour de la simulation, va permettre au groupe de réfléchir collectivement à, d'une part, une expérimentation technique du débriefing et, d'autre part, à une expérience non verbale de celui-ci (expérience intersubjective mettant en jeu des émotions). Pour analyser cette dernière expérience, les

principes pédagogiques de la simulation ne suffisent pas. La formation à la thérapie systémique de certains membres de notre équipe nous a permis d'utiliser les outils du modèle théorique systémique pour structurer le débriefing de la simulation. Pour les auteurs issus de l'école systémique de Palo Alto, la communication est complexe et se construit sur deux langages : le verbal et le non verbal. L'approche systémique représente une aide à l'analyse de la communication au sein des groupes et de leurs systèmes (11, 12). La prise en compte et l'analyse de la dimension cognitive et verbale lors des jeux de rôle est grandement enrichie par l'utilisation concomitante de celle du non verbal qui englobe les aspects émotionnels et comportementaux, aspects habituellement non considérés dans les méthodes pédagogiques classiques (13).

Le groupe simulé formé par des stagiaires et un des formateurs pour le jeu de rôle est supervisé par un second formateur et quelques apprenants restés en position extérieure. Cette équipe de supervision, dite « réfléchissante » (14), observe le processus thérapeutique à l'œuvre et génère des idées pour la discussion collégiale qui suit chaque simulation.

La formation se déroule sous la forme d'une relation d'aide à l'élaboration et à la mise en œuvre de modifications comportementales. Elle permet des temps de réflexion communs, d'analyse des paroles, des postures, des attitudes et des actions des apprenants, pour favoriser la prise en compte de la dimension non verbale de la communication et faciliter la prise de confiance dans les capacités interactionnelles.

Un nouveau projet pédagogique pour la psychiatrie et la psychologie appliquées aux armées

Le projet « simulation en santé et sensibilisation au débriefing médico-psychologique en situation opérationnelle » est issu d'une analyse des besoins exprimés par les stagiaires du CESimMO de l'École du Val-de-Grâce (antenne de Toulon) en termes de formation entre 2012 et 2015.

L'équipe pédagogique et le psychiatre responsable des cours théoriques ont élaboré en 2014 un nouveau projet pédagogique autour du thème de la psychiatrie opérationnelle et de la pratique du débriefing. Initialement d'une durée de deux heures trente (15), cette formation se fait à présent sur une journée et demie (10 heures), trois fois par an, sur l'antenne toulonnaise du CESimMO de l'École du Val-de-Grâce. Elle inclut un volet théorique et deux simulations de débriefing médico-psychologique. Durant ces deux mises en situation, séparées de 24 heures, les stagiaires et les formateurs sont mobilisés et occupent, à tour de rôle, des places d'impliqués, de soignants ou « d'observateurs réfléchissants ». Le fait de simuler deux situations à 24 heures d'intervalle, de renforcer les temps de débriefings post-simulations et de discussions collégiales a considérablement consolidé la confiance des apprenants dans leur capacité à organiser cette prise en charge groupale, qu'ils sont parfois amenés à mettre en place en opération extérieure. Ce module a été intégré au catalogue de formation de l'École du Val-de-Grâce et labélisé DPC en 2016 (D02-0058).

Pour mener à bien ce projet nous nous sommes appuyés sur :

1. Une équipe pédagogique pluridisciplinaire et mixte (forces-HIA).

Elle inclut des soignants issus des forces et de la psychiatrie hospitalière :

– un psychiatre formé à l'éducation en santé, ainsi qu'à la clinique et à la théorie des groupes ;

– un psychiatre formé à la théorie et à l'approche systémique ;

– une psychologue clinicienne formée à la théorie et à l'approche systémique ;

– un infirmier issu des forces, ayant une importante expérience opérationnelle et formé à la pédagogie dans le domaine de la santé.

Cette pluridisciplinarité permet aux stagiaires de s'identifier plus facilement aux formateurs qui, comme eux, ont occupé des responsabilités et des postes différents en mission et qui ont été confrontés à des contraintes spécifiques.

2. Des objectifs pédagogiques

Les objectifs pédagogiques sont larges en termes de savoir, savoir-faire et savoir-être. Le but est d'améliorer les habiletés relationnelles et les comportements des soignants au cours d'un débriefing médico-psychologique collectif. Il prend appui sur le vécu personnel et professionnel des stagiaires et des formateurs.

Plusieurs objectifs sont ciblés :

– Réactualisation des connaissances théoriques concernant les troubles psychiques post-opérationnels (SAVOIRS).

– Actualisation des connaissances théoriques concernant le contexte, le déroulement, le cadre et le contenu d'un débriefing psychologique, ses intérêts et ses limites (SAVOIRS).

– Sensibilisation à la pratique du débriefing médico-psychologique à travers deux jeux de rôle mettant en situation l'ensemble des stagiaires en présence des formateurs qui assurent à la fois un accompagnement et une supervision de la séance (SAVOIR-FAIRE/SAVOIR-ÊTRE).

Ces deux simulations ont lieu à 24 heures d'intervalle et ont pour objectif d'aider les soignants-stagiaires à expérimenter le décalage entre leur rôle habituel (médecin ou infirmier) et le rôle de « débriefeur ». Elles ont pour objectif d'aider les soignants-stagiaires à contenir un groupe durement éprouvé sur le plan émotionnel tout en permettant la verbalisation des émotions et en encourageant le récit collectif de l'évènement. Elles ouvrent un espace d'échange constructif entre stagiaires et formateurs autour des difficultés techniques et psychologiques liées à la réalisation du débriefing médico-psychologique.

Conclusion

Après 18 mois d'expérimentation d'un programme pédagogique innovant par l'antenne toulonnaise du CESimMO de l'EVDG pour la sensibilisation des médecins et infirmiers des forces au débriefing médico-psychologique collectif, l'état des lieux est positif comme en témoigne le retour des stagiaires à l'issue de la formation. Il est à présent intégré au catalogue EVDG et labélisé DPC. Il correspond à une forte attente en termes de formation pratique et interactive. En effet, si les prises en charge médico-psychologiques post-immédiates individuelles et collectives sont du ressort du psychiatre ou du psychologue de théâtre, les médecins des forces peuvent être en situation de devoir mettre en œuvre un débriefing du fait d'un isolement exceptionnel. D'abord de courte durée, le dispositif pédagogique s'est enrichi au fil des séances grâce à l'interactivité qu'il suscite entre stagiaires et formateurs. À partir de cet enrichissement mutuel, fait de transmissions théoriques et de retours d'expérience dans la prise en charge des impliqués après évènement grave, il est à présent une formation autonome d'une journée et demie. Il a aussi pour intérêt, au-delà de sa dimension pédagogique, de consolider les liens entre formateurs hospitaliers, formateurs issus des forces, et stagiaires des antennes médicales.

Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt concernant les données présentées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. HAS. Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé. Décembre 2012.
2. Van Effenterre A, Azoulay M, Champion F, Briffault X. La formation aux psychothérapies des internes de psychiatrie en France : résultats d'une enquête nationale. L'Encéphale. Juin 2013;39(3):155-64.
3. Utilisation de la simulation médicale en psychiatrie. Thèse de doctorat en médecine soutenue par Caroline PHAM-DINH LOUX le 6/02/2015, Faculté de Médecine de Nancy.
4. Granry, Moll M. État de l'art en matière de pratique de la simulation dans le domaine de la santé, dans le cadre du DPC et de la prévention des risques associés aux soins. Saint La Plaine : HAS, 2012.
5. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales.
6. Vidhaillet P. La simulation en santé : une clé de l'innovation pédagogique en psychiatrie. Communication au Congrès français de psychiatrie 2016 (S10).
7. Kirkpatrick D. The four Levels of evaluation. ASTD Press. 2007.
8. Bessoles P. Les interventions psychothérapeutiques précoces post-traumatiques. Contribution à une théorisation du defusing et du débriefing psychologique. L'information psychiatrique. 2006 ; 82(1) : 231-7.
9. Lebigot F, Gauthier E, Morgand D, Reges JL, Lassagne M. Le débriefing psychologique collectif. Annales Médico-Psychologiques. 1997 ; 155 (6) : 370-8.
10. Pasquier P, Merat S, Colas MD. Le blessé par attentat terroriste. Arnette 2017
11. Von Bertalanfy L. Théorie générale des systèmes. Dunod 1968.
12. Watzlawick P. Une logique de la communication. Points, essais 2014.
13. Scotti E. Les compétences relationnelles de l'accompagnateur. Approche systémique en formation continue. Recherche et éducation, 2e trimestre 2003.
14. Miermont J. Thérapies systémiques. Éditions techniques – Encycl. Méd. Chir. Paris-France, Psychiatrie, 1994 ;37-820-B-40.
15. Vautier V, Ringeval JF, Delahaye A, Gorin C, Montcriol A. Apprentissage du débriefing médico-psychologique et simulation : exemple d'une expérience pédagogique originale intégrée à un CITeRA/CESimMO de l'EVDG. Médecine et Armées. 2016 ; 44(3) : 243-5.