

Apports pour les professionnels de santé d'un psychologue intégré aux services de soins aigus

Plusieurs études ont montré l'intérêt de la présence d'un psychologue dans les services de soins aigus, comme la réanimation, où la dimension émotionnelle est importante. Dans cet article, nous relatons deux expériences en réanimation (avec/sans psychologue), et l'expérience d'un SAMU et de sa cellule d'urgence médico psychologique.

Psychologue intégré au service de réanimation : quels apports pour les professionnels de santé ?

Déchocage
400 admissions /an

Réanimation
800 entrées /an

USC
600 entrées /an

- 1 déchocage (traumato grave) + 16 lits REA + 8 USC
- 54 IDE (en ETP) 39 ASDE 1 ASH d'accueil des familles 2 secrétaires
- 14 médecins (en ETP)
- Encadrement : 4 IDE 1 AS 1,5 médecin

Psychologue = 0,5 ETP

Dans le service de réanimation de l'hôpital d'Annecy, les patients, leurs proches et les professionnels de santé peuvent rencontrer une psychologue qui a un temps de travail dédié au service.

Du fait de la polyvalence du service, les personnels sont très exposés à des situations difficiles. En effet, elles mobilisent un haut niveau de compétences et une prise en charge intense. Il s'agit d'annonces diagnostiques lourdes, de morts brutales, de soins palliatifs à des patients relativement jeunes, etc. Les nombreux cas de mort encéphalique et d'arrêt des traitements curatifs entraînent de multiples dons d'organes, et c'est dans cette situation type que Catherine, psychologue clinicienne, a débuté son activité dans ce service.

TÉMOIGNAGE DE CATHERINE VERNAY, PSYCHOLOGUE CLINICIENNE

Je suis arrivée en réanimation par « la porte » de la coordination du don d'organe, puisqu'en 2014 mon

recrutement à 0.5 correspondait au démarrage de l'activité de Maastricht 3¹. Notre hôpital était justement centre pilote pour le démarrage de cette activité au plan national.

Mes interventions en réanimation ont donc d'emblée été calibrées et lisibles pour les personnels de réanimation, ce qui a probablement favorisé mon intégration dans l'équipe. En clair, j'interviens systématiquement et le plus précocement possible dans les situations les plus aigües avec un risque fort de décès².

Du côté des soignants

Cela produit un effet de soutien face à la répétition des situations à forte charge émotionnelle. Ils

1 - L'activité de Maastricht 3 décrit le don d'organe de patients décédés qui ne sont pas en état de mort encéphalique, mais qui ont fait l'objet d'un arrêt des thérapeutiques actives de réanimation

2 - Vernay C. (2016) « Intervention du psychologue dans la procédure de prélèvement d'organes après arrêt cardiaque "contrôlé" » Revue soins <http://dx.doi.org/10.1016/j.soins.2016.06.008>

peuvent les évoquer avec moi, mesurer dans le creux de l'échange leurs éventuelles projections et s'en dégager un peu. Plus concrètement ils peuvent également me solliciter pour la prise en charge des enfants jeunes.

Je remarque que les soignants se sentent (à tort) souvent très démunis pour les accompagner et ma présence les rassure beaucoup.

Du côté des proches

Cela apporte un sentiment de continuité dans la prise en charge, je deviens alors une sorte de repère quotidien qui peut relayer les informations ou les questions auprès des équipes médicale et paramédicale qui se succèdent autour du patient. Ma position de totale neutralité vis-à-vis des soins et des décisions permet aux soignants comme aux proches d'aborder toutes les problématiques sans craindre de rétorsions.

Cela produit un effet de vidange utile aux soignants (pour durer dans leurs fonctions) et aux proches pour mettre en mots puis en forme les questions à aborder dans le cadre des entretiens médicaux au fil de la prise en charge.

Une présence régulière en service m'a permis de voir que la réanimation est un lieu de haute technicité qui vise avant tout une surveillance médicale efficace, mais les enjeux relationnels sont multiples avec un impact important sur le confort des proches et des soignants.

En effet, dans la phase aigüe, les soignants doivent d'abord coconstruire avec les proches, sur le fil d'un lien fragilisé par le traumatisme que constitue une hospitalisation en réanimation, le sens des techniques employées afin de lutter notamment contre les sentiments de déshumanisation.

Il faut ensuite qu'ils les accompagnent dans la phase de convalescence (récupération, guérison) en étant capables d'accueillir les mouvements généralement ambivalents associés aux renoncements et autres deuils (baisse d'autonomie, orientation...).

Enfin, l'évolution clinique nécessite parfois de déconstruire l'espoir en accompagnant le patient et ses proches vers l'acceptation de la mort grâce à une communication ajustée et empathique.

Cet accompagnement très exigeant requiert des compétences relationnelles extrêmement techniques, qui ne sont pas l'apanage du psychologue, mais qui demandent toutefois à être soutenues par lui. Pour toutes ces raisons, il me paraît essentiel que les services de réanimation partout en France disposent **d'un temps dédié de psychologue clinicien**.

Pourquoi ?

Parce que le psychologue rattaché à un service clinique sur un temps suffisant développe un lien privilégié avec l'équipe soignante, fondé sur la confiance qui se nourrit dans le temps et à l'épreuve de l'expérience partagée.

Sa place est alors reconnue par tous.

Le lien avec le service lui permet de développer une bonne connaissance de la spécialité médicale, nécessaire à l'écoute clinique du patient et à la coopération avec les autres métiers. L'activité prend alors la forme d'une « présence » auprès des patients, de leur famille et de l'équipe soignante.

Au-delà des dispositifs et des actions spécifiques (temps d'écoute, entretiens, réunions...), le travail passe par des actions diffuses, non strictement délimitées dans le temps et l'espace.

On parle alors de travail informel du couloir et des interstices.

Le travail du psychologue en réanimation est tout à fait spécifique.

Le collectif PsyRéa³ propose une intervention en visio toutes les 8 semaines pour les cliniciens des services de soins critiques qui souhaitent bénéficier d'un espace collectif d'élaboration de leur pratique clinique.

LE MOT DU RESPONSABLE MÉDICAL

L'équipe, très demandeuse au départ, estime désormais que le travail de la psychologue est nécessaire et sa présence indispensable. Ses interventions sont particulièrement précieuses pour les proches et les soignants qui vivent les étapes du séjour d'un malade de réanimation.

Aussi, avec son intégration progressive dans le service et sa position de neutralité, nécessairement décalée, elle tient un poste d'observation sur l'organisation du travail et sur les dynamiques individuelles et collectives qui sont à l'œuvre dans une équipe en proie à la gestion de situations complexes. Elle nous donne alors des clés de compréhension supplémentaires pour appréhender le fonctionnement du service et ses axes d'amélioration. Un psychologue intervenant au coup par coup (exemple : psychologue « de liaison »), aussi compétent et motivé soit-il, serait bien incapable de nous apporter tous ces bienfaits. Le projet du service est désormais d'augmenter ce temps de psychologue dédié à la réanimation.

*Renaud Chouquer,
secrétaire général adjoint du SNPHARE*

3 - Soins Intensifs Formation Accompagnement | PsyRea | France (collec-tifpsyrea.com)

Sans psychologue intégré à l'équipe de réanimation, il y a peu de culture du risque psychologique au sein du service !

Le service de réanimation de l'Hôpital de Saint-Brieuc est, somme toute, assez proche de celui de l'Hôpital d'Annecy. Il dispose en effet de 14 lits de réanimation et 7 d'USC pour un total d'environ 1 000 entrées par an. Les effectifs, tout personnel compris, sont d'environ 100 personnes.

L'EXPOSITION AUX SITUATIONS DIFFICILES EST TRÈS FRÉQUENTE

En effet, l'activité très polyvalente du service expose quotidiennement les personnels à des prises en charge au poids cognitif et émotionnel extrêmement lourd à l'instar de leurs alter ego des autres services de soins critiques. Pour autant, le service ne dispose pas de psychologue dans son effectif soignant.

Au sein de l'hôpital de Saint-Brieuc, les psychologues ne sont pas affectées à un service en particulier. Si nous disposons d'une psychologue référente à joindre prioritairement, son temps d'activité n'est pas comptabilisé dans les effectifs du service de réanimation.

UNE DISPONIBILITÉ DU PSYCHOLOGUE ALÉATOIRE

En conséquence, afin d'obtenir une prise en charge psychologique, nous devons passer par une prise de rendez-vous téléphonique. Malgré sa bonne volonté, sa disponibilité est donc aléatoire et fonction des contraintes que lui imposent les autres services au sein desquels la psychologue peut intervenir. De ce fait, il n'y pas ou peu de culture du risque psychologique au sein du service.

Pour les proches d'une part.

Si certaines situations sont néanmoins bien identifiées, comme celles où des enfants sont impliqués ou bien celles où la détresse d'un proche semble assez évidente, cela n'est pas pour autant automatique et soumis à l'expérience, à l'intuition, à la sensibilité des soignants. Il existe donc très cer-

tainement des situations dans lesquelles le risque n'a pas été décelé et donc pris en charge.

Pour les soignants d'autre part.

Faute de psychologue facilement disponible, le personnel, bien que souffrant parfois de stress en lien avec les prises en charge, ne dispose pas de relais facilement identifié. Cela est parfois générateur de mal-être au travail, voire de complications dues au stress post-traumatique et à l'extrême, de départ du service. Certaines situations vécues récemment l'ont souligné.



Il est donc bienvenu que les récents décrets relatifs aux autorisations de soins critiques aient défini comme partie pleine et entière de l'équipe soignante d'un service de réanimation un psychologue¹.

*Matthieu Debarre,
Secrétaire général adjoint du SNPHARE*

1 - <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045668631>

Un autre rôle méconnu des Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques (CUMP) : le soutien aux soignants et la prévention des risques psychosociaux

Les Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques (CUMP) ont été créées à la suite de l'attentat du RER B à Saint-Michel, survenu en 1995.

Les CUMP sont des unités fonctionnelles s'inscrivant dans le dispositif de l'Aide Médicale Urgente. Elles disposent de personnels (psychiatres, psychologues, infirmiers, assistants médico-administratifs) qui leur sont « affectés pour tout ou partie de leur activité ». Depuis 2013, le dispositif est inscrit dans le Code de la Santé Publique et chaque département possède une CUMP. Le Réseau National de l'Urgence Médico-Psychologique se structure à différents échelons : régional, sous l'égide de l'Agence régionale de santé (ARS), zonal, qui recouvre les zones de défense et de sécurité, mais également national.

Elles ont pour mission la prise en charge médico-psychologique précoce des victimes et des sauveteurs en cas « de catastrophes, d'accidents impliquant un grand nombre de victimes ou d'événements susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques »¹.

Dans le cadre de la prise en charge des sauveteurs ou des soignants au sens large, cet article reprend des exemples d'actions et de projets mis en place par la CUMP 78 auprès des équipes du SAMU des Yvelines.

Conscients que la démarche de « voir un psy » n'est pas chose aisée, notamment dans les métiers de l'Aide Médicale Urgente où l'on se doit d'avoir le « cuir épais », ces différentes actions ont nécessité au préalable un temps pour tisser le lien, s'habituer, s'approprier afin que la confiance puisse s'installer. La CUMP des Yvelines est une CUMP dite renforcée, c'est-à-dire qu'elle dispose de moyens permanents, ce qui est le cas des départements, chefs-lieux de région et/ou avec des risques liés à la densité de la population et à la présence d'un ou de plusieurs sites présentant des dangers spécifiques. La CUMP 78 se compose de quatre coordonnateurs (un psychiatre, une infirmière et deux psychologues) et d'une secrétaire. Les permanents peuvent s'appuyer, si besoin, sur un réseau départemental de

volontaires, professionnels de santé mentale formés à l'Urgence Médico-Psychologique. Les cliniciens sont présents quatre jours sur sept dans les locaux du SAMU 78 à Versailles et se répartissent 365 jours d'astreinte téléphonique, une présence physique et une disponibilité permanente qui facilitent le recours des professionnels du service qui en ressentiraient le besoin.

Le travail auprès des équipes se structure autour de deux axes de prévention, la prévention secondaire et tertiaire. De façon courante, la CUMP est présente aux staffs afin de pouvoir repérer les situations complexes et ainsi proposer son soutien aux équipes d'intervention.

À PROPOS DE LA PRÉVENTION SECONDAIRE

Il est reconnu que la formation est un facteur de protection psychique. Un programme développé initialement pour les internes du service a été étendu à l'ensemble du personnel médical et paramédical du SAMU et du SMUR : médecins, IADE, ambulanciers, ARM (Assistants de Régulation Médicale). Les principales thématiques abordées développent les notions de stress, de deuil et de psychotraumatisme, mais également l'évaluation du risque suicidaire. Elles couvrent aussi bien les symptomatologies que les professionnels peuvent déceler chez les patients que les effets pouvant être ressentis par les professionnels, nous y abordons notamment les notions d'épuisement ou de fatigue compassionnelle. Un module est également consacré à l'annonce du décès, il se réalise en deux temps, un échange sur les pratiques professionnelles qui a pour objectif de réfléchir sur ces dernières et de les appréhender collectivement sous un autre angle. Un deuxième temps est consacré à la simulation d'annonce de décès en extrahospitalier dans une salle prévue à cet effet. Celui-ci est animé par un binôme composé d'un médecin expérimenté du SMUR et par un professionnel de la CUMP.

Les professionnels de l'Urgence sont soumis dans le cadre de leur travail à la souffrance, celle des patients et de leurs proches, à la douleur, voire même parfois à la mort, ce qui n'est pas anodin pour le psychisme de l'être humain aussi bien

¹ - Direction générale de la santé (2017) Instruction N° DGS/VSS2/2017/7 du 6 janvier 2017 relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence Médico-psychologique. Circulaire 41730. http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/01/cir_41730.pdf.

soit-il préparé par le biais de sa formation et de son expérience du métier.

Un groupe de travail regroupant CUMP et SMUR a permis de répertorier et de structurer les questions autour des risques et les différents niveaux de soutien possibles liés au travail dans le service. Le projet est celui d'un webinaire accessible aux différents professionnels afin de faciliter la demande d'aide et la pratique d'ateliers décrits ci-dessous.

Des rencontres régulières rassemblent l'ensemble des équipes de l'Aide Médicale Urgente : P'Sy DEJ ou Hap'sy HOUR en fonction du moment de la journée où ils ont lieu. L'objectif est de toucher tous les professionnels travaillant de jour comme de nuit. Il s'agit de moments conviviaux de partage et d'échanges ponctués de temps d'ateliers pratiques se basant sur des techniques spécifiques permettant de prendre soin de soi. Ces techniques d'ancrage sont variées et favorisent la centration sur soi, la diminution du stress ou la décharge corporelle. Concernant « la centration sur soi », les diverses techniques sont empruntées à l'hypnose, à l'EMDR, à la méditation en pleine conscience, etc. Elles permettent de s'ancrer dans l'ici et maintenant, de favoriser la relaxation et la récupération. Dans des temps collectifs en petits groupes nous proposons aux professionnels de prendre ce temps pour eux, de recharger les batteries « de prendre soin de soi, pour mieux prendre soin des autres ». Les stratégies d'ancrage sont des techniques simples, mais puissantes, pour mettre à distance les difficultés émotionnelles qui peuvent être ressenties par les professionnels en intervention, en favorisant la centration sur autre chose que la douleur psychique ressentie sur le moment, elles permettent entre autres à la personne de redevenir opérationnelle plutôt que de se laisser submerger par ses émotions négatives. À la demande de certains qui souhaitaient des activités plus dynamiques, du côté « de la décharge », des ateliers de boxe ont été mis en place afin que les personnes puissent se défouler, évacuer le stress, les énergies négatives.

CONCERNANT LA PRÉVENTION TERTIAIRE

Lorsque la blessure psychique est présente, il est nécessaire d'intervenir avec des techniques thérapeutiques afin de permettre aux soignants de cicatiser leur plaie psychique. Les principales techniques utilisées dans cet objectif sont issues de la psychiatrie militaire, qui a commencé à se développer lors des conflits mondiaux du XX^e siècle, avec les théorisations de la psychiatrie



de l'avant. Il s'agit du déchochage (*defusing*) et de l'Intervention Psychothérapeutique Post-Immédiate (IPPI) ou débriefing à la française. Ces techniques sont utilisées lorsque le psychisme du sauveteur a été effracté par une intervention particulièrement difficile du point de vue émotionnel.

Le *defusing* se réalise en immédiat, au plus tard, quelques heures après l'intervention. C'est un entretien non directif qui a pour objectif de réduire les effets du stress, en aidant la personne à retrouver des repères floutés par le choc psychologique, et de permettre un retour « au calme » en mettant un terme à l'événement vécu.

L'Intervention Psychothérapeutique Post-Immédiate, comme son nom l'indique, est une technique thérapeutique qui vise la prévention de l'ESPT (État de Stress Post-Traumatique). Il s'agit d'un entretien semi-directif qui permet, en abordant la chronologie de l'événement, de relier les pensées et les émotions qui ont été vécues afin de permettre un travail d'historicisation qui va favoriser la mémorisation et la réduction de la blessure psychique.

Ces deux interventions peuvent se réaliser successivement ou indépendamment l'une de l'autre, elles peuvent concerner un individu seul ou une équipe complète et sont menées par des professionnels en santé mentale.

*Fernando Vadillo, Psychologue coordinateur
CUMP des Yvelines*

Je tiens à remercier chaleureusement l'ensemble des professionnels qui composent la CUMP des Yvelines pour leur travail précieux au quotidien, auprès des patients et des équipes soignantes. Merci à Fernando pour son travail de description et de synthèse, qui apporte un éclairage très informatif sur une partie de leurs actions.

Anouar Ben Hellal, Secrétaire Général Adjoint SNPHARE