

Prise en charge psychologique des équipes de réanimation pédiatrique — Regard croisé cadre de santé–psychologue sur la prise en charge psychologique de l'équipe soignante en réanimation pédiatrique

Analgesia and anaesthesia for actions during intensive paediatric care — Crossover health executives–psychologist's view of psychological support for intensive paediatric care teams

F. Marchewka · E. Petit

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

Introduction

Dans un service de réanimation, l'intérêt et l'utilité d'une prise en charge psychologique des soignants sont reconnus par différents auteurs. En effet, plusieurs rapportent qu'il existe entre 33 et 41 % des soignants qui souffrent de *burn-out*.

Au vu de ces constatations et à travers l'opportunité que nous offre la SRLF, il nous a semblé essentiel de croiser nos regards, cadre de santé et psychologue, sur la prise en charge psychologique de notre équipe, à travers nos différences et notre complémentarité.

Double approche d'une prise en charge psychologique d'une équipe paramédicale

Il est important de définir la notion de « prise en charge psychologique d'une équipe ». En tant que cadre et psychologue, avons-nous la même définition ? Notre vision est-elle différente et les buts recherchés sont-ils les mêmes ?

Pour la psychologue, la notion de « prise en charge psychologique d'une équipe soignante » est souvent réduite aux dispositifs de groupe de parole qui sont des temps spécifiques et animés par un psychologue.

Au-delà de l'aspect psychologique, une prise en charge débute avec la notion de prendre soin de l'autre, de l'équipe, de sa psyché. Elle commence à travers l'intégration et l'implication des soignants durant les staffs, les formations, les débriefings... Cette implication a un double sens.

Pour celui qui intègre et implique le paramédical (le médecin, le psychologue...), cela signifie qu'il pense à l'autre

dans sa différence et qu'il le reconnaît dans ses compétences et son travail. Ainsi, il peut prendre soin de lui puisqu'ils interagissent.

Pour le paramédical, ces notions d'intégration et d'implication dans l'équipe favorisent une meilleure connaissance et compréhension du projet de soin du patient. Ainsi, comme il a déjà été décrit dans la littérature, la participation du professionnel permet une plus grande adhésion au processus décisionnel du projet de soin.

Il faut également préciser que cette prise en charge ne peut se faire sans proposition de temps pour « parler autrement » : parler des émotions, de la relation soignant-soigné, des différentes relations interpersonnelles dans le service.

Être soignant en réanimation pédiatrique, c'est prendre soin d'un enfant et de sa famille dans une situation critique, les soulager, les accompagner aussi dans les derniers moments. Comment faire alors l'économie d'extérioriser et d'analyser les sentiments parfois violents que ce type de situation peut faire vivre ?

En effet, les problématiques douloureuses et traumatiques sont nombreuses et sont, par certains aspects, bien spécifiques à nos services de réanimation. Il est donc capital qu'un temps différent soit proposé. Que l'équipe s'en saisisse, ou non.

Pour le cadre de santé, sa mission est d'accompagner l'équipe soignante dans l'exercice du soin, l'enjeu majeur étant que les valeurs professionnelles qui sont partagées entre tous puissent être préservées.

Mais, il devient vite évident qu'il existe un écart entre l'idéal soignant et la réalité de l'exercice. Et quand la pression mentale et physique vient fragiliser l'équilibre permis par les mécanismes de défense, il revient à l'encadrement de développer des stratégies afin de revaloriser l'art soignant.

Face à ce constat, la prise en charge psychologique (dont les composantes ont déjà été décrites et énumérées ci-dessus) devient donc une évidence et fait partie intégrante du rôle de soutien et d'accompagnement du cadre.

F. Marchewka, cadre de santé · E. Petit, psychologue clinicienne
Service de réanimation pédiatrique,
Hôpital Femme-Mère-Enfant, CHU de Lyon,
59, boulevard Pinel, F-69650 Bron, France

Fort de cette préoccupation commune, il nous semble donc évident de pouvoir travailler en binôme, cadre-psychologue, avec notre regard et nos expériences différentes, mais complémentaires.

Équipe soignante en souffrance

Qu'est-ce que la souffrance d'une équipe soignante ?

La définition de la souffrance d'une équipe soignante peut être complexe et multiple, au vu des différents auteurs qui ont écrit sur ce sujet.

Pierre Canoui décrit que « la souffrance d'une équipe est un épuisement émotionnel des soignants. C'est reconnaître qu'ils sont des hommes et des femmes doués d'une sensibilité qui peut avoir des limites. C'est aussi mettre l'accent sur la violence des émotions qu'ils peuvent rencontrer, c'est enfin mettre en évidence l'humanité de la fonction soignante par rapport à la technicité des actes ».

Quels sont les signes ?

Les signes présentés ci-dessous peuvent être attribués aussi bien à un collectif de soignants qu'au soignant lui-même. Ce sera alors la récurrence des signes et le nombre de soignants qui résonneront et seront le symptôme d'une équipe en souffrance.

Les principaux signes (non exhaustifs) que nous avons retenus sont les suivants :

- mécontentement constant, ras-le-bol, plaintes récurrentes sans prise de recul, sans proposition de solution et sans parler du fond du problème ;
- dévalorisation permanente « *je ne suis pas capable* » ;
- résistance excessive au changement « *c'était mieux avant* » ;
- agressivité latente vis-à-vis du cadre « *vous n'étiez pas là* » ;
- cristallisation de l'agressivité vis-à-vis d'une famille qui devient alors symptôme d'un dysfonctionnement d'équipe ;
- manque d'égard et/ou de reconnaissance « on sait nous dire quand ça va pas, mais jamais quand c'est bien » ;
- sensation de ne pas avoir le temps, d'être débordé, période de découragement ;
- difficultés à communiquer ;
- évitement, repli sur soi ;
- manque d'investissement ou au contraire surinvestissement (comportement de présentéisme) ;
- manque de distance vis-à-vis d'une situation.

Mais aussi des arrêts de travail répétitifs et un *turn-over* des soignants important...

Reconnaître les symptômes de souffrance d'une équipe n'est pas facile. La souffrance peut être insidieuse, car elle échappe à notre regard du fait du grand nombre de soignants et de la spécificité de la réanimation qui implique une équipe toujours en action.

Et quand l'équipe va bien ?

Une équipe soignante n'est pas toujours en souffrance. Et alors qu'un groupe de parole est en train de prendre vie au sein de l'équipe, nous pensons, cadre et psychologue, que notre équipe va bien.

Parce qu'elle est dynamique tout d'abord : les soignants sont motivés, mettent en place des projets de réflexion et tentent de faire évoluer leurs pratiques en se bousculant parfois les uns les autres (et nous-mêmes).

Par exemple aujourd'hui, l'équipe crée : avec l'été, le service a été un véritable terrain de créations murales afin qu'enfants, familles mais également soignants se sentent bien dans nos locaux. Le projet de quelques-uns est devenu une sorte de marque de fabrique de notre service : on est fier, on parle des décorations de la réa, on donne l'idée et des envies d'initiatives aux autres services... les soignants se sentent bien et s'approprient les lieux.

Une équipe capable de se retrouver autour de projets si pleins de vie est une équipe qui va bien.

Même si certains projets sont parfois des signes de lutte antidépressive, cela signifie qu'elle a les ressources nécessaires pour lutter et faire face.

Dispositifs mis en place dans notre service

À l'heure actuelle, les dispositifs mis en place intégrant les soignants dans notre service sont les suivants :

- *colloque pluridisciplinaire hebdomadaire* (approche biopsychosocial) : faire le point global sur la situation de l'enfant et définir le projet thérapeutique et/ou le projet de vie de l'enfant et de sa famille ;
- *entretiens réguliers* avec les parents (animés par le médecin référent) ;
- *réunions pluridisciplinaires* (telles qu'elles sont décrites dans les recommandations du GFRUP¹ et précisées dans la loi Léonetti) pour les décisions de Lata². Les paramètres médicaux référents de l'enfant sont présents ;
- *lundi de formation* : tous les 15 jours sont organisés des cours théoriques et des ateliers sur différentes thématiques ;
- *analyse de pratiques techniques* : une fois par trimestre, l'équipe se réunit afin d'évoquer les difficultés

¹ Groupe francophone de réanimation et d'urgences pédiatriques.

² Limitation et arrêt des thérapeutiques actives.

techniques, les projets... Sont présents les médecins et la psychologue du service ;

- *débriefings médicaux* : organisés à la demande de l'équipe, des cadres, des médecins ou de la psychologue sur des situations cliniques complexes (décès d'un enfant traumatisant, inattendu, projet de soins non compris...). Ce sont des réunions transversales : elles intègrent d'autres spécialités concernées par l'histoire du patient.

Alors que ces différents dispositifs peuvent sembler en dehors d'une prise en charge psychologique, nous considérons que la mise à disposition d'une formation continue permet de rassurer l'équipe sur ses compétences techniques et de construire une réelle estime de soi professionnelle.

Réunions, cours, ateliers, débriefing ... font partie intégrante de la prise en charge de la psychologie de l'équipe.

Pourquoi mettre en place un groupe de parole ? En quoi est-ce complémentaire ?

Alors que de nombreux dispositifs existent dans notre service, il nous paraît important de proposer un temps différent, et ce, en lien avec la notion du « parler autrement ».

Le groupe de parole répond à un besoin du groupe « soignant » et c'est en cela qu'il est complémentaire : la formation répond à un besoin individuel propre, le groupe de parole apporte une réponse à une souffrance collective. C'est ensemble que l'on analyse la situation et ce qui fait souffrance dans le groupe.

Le point de vue de la psychologue est qu'il est évident que parler des émotions qui nous animent, parler des difficultés avec une famille, aide le soignant. Prendre en charge et donc reconnaître la souffrance du soignant aura des répercussions sur l'enfant et sa famille.

Prévenir le syndrome d'épuisement psychologique est aussi un des objectifs du groupe de parole et d'une prise en charge globale.

Au-delà de son aspect exutoire, il permet avant tout une mise à distance des émotions, de la relation triangulaire soignant-enfant-parent. L'analyse de celle-ci leur permet donc de développer des compétences relationnelles propres à chacun.

Le point de vue du cadre est que la légitimité du groupe de parole est l'amélioration de la relation soignant-soigné. Il permet à chacun d'accepter ses propres difficultés et celles de l'autre, car elles sont les composantes inévitables d'une équipe et de la vie d'un service et non d'un dysfonctionnement. Leurs mises à distance par le groupe favorisent ainsi une analyse, voire une évolution des pratiques.

Pour que chacun des membres du groupe ne se sente ni piégé ni inhibé dans son discours, la présence du cadre n'est

pas souhaitable pour une meilleure homogénéité et pour promouvoir l'autonomie.

Il apparaît fondamental de garantir une neutralité de la part de l'animateur du groupe, afin que la parole puisse circuler librement et qu'il y ait encore une fois une indépendance de l'équipe vis-à-vis de la hiérarchie. L'animateur est un psychologue extérieur. Sa présence implique donc la notion de prise en charge psychologique à proprement parler.

Une prise en charge psychologique n'implique pas qu'une équipe soit en souffrance. En effet, à travers sa participation dans un groupe de parole, le soignant s'inscrit dans une volonté de prendre du recul sur sa pratique, afin de pouvoir comprendre les difficultés qu'il peut et/ou pourra ressentir. Le fait de ne pas être dans la période douloureuse permettra aux participants de se dégager de l'émotion et ainsi d'être plus critiques vis-à-vis de la situation exposée. Le groupe de parole s'inscrit alors dans la durée et non dans l'immédiateté de l'émotion.

Conclusion

Être soignant, c'est travailler avec ce que l'on est, son savoir-faire, mais aussi son savoir-être.

Prendre en charge une équipe soignante et soutenir un projet comme un groupe de parole, c'est accepter qu'à travers l'animateur extérieur, notre équipe est confiée à un tiers et admettre qu'elle nous échappe.

Décider de mettre en place un groupe ou un autre dispositif, c'est reconnaître que l'équipe que nous encadrons est ou sera en difficulté et que nous ne sommes pas uniquement la personne ressource.

Tout comme il est important de dire qu'une équipe soignante peut ne pas être en souffrance, il faut souligner que les soignants ont aussi des ressources (qu'elles soient individuelles ou groupales).

La souffrance des équipes est une réalité, mais elle n'est ni continue ni chronique. Elle est symptomatique de moments, de situations et/ou de relations difficiles et conflictuelles. Les fondements d'une équipe soignante sont d'abord des relations interpersonnelles fortes et un désir de travailler et d'avancer ensemble.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Bibliographie

1. Canoui P, Maurange A (2001) Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, de l'analyse du burn-out aux réponses. Masson, Paris

2. Canoui P (1996) Approche de la souffrance des soignants par l'analyse du concept d'épuisement professionnel, le burn-out. Considérations psychologiques et éthiques en réanimation pédiatrique. Thèse de doctorat d'université en éthique médicale et santé publique.
3. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, et al (2007) High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med* 175(7):686–92
4. Minguet B (2004) Soignants bien traités, soignants bien traitants
5. Rowe G (2000) Prendre soin des soignants : la difficile construction d'une prise en charge psychologique du personnel soignant
6. Ruzsniwski M, (1999–2007) Le groupe de parole à l'hôpital. Dunod, Paris
7. Ruzsniwski M (2004) Face à la maladie grave, patients, familles, soignants. Dunod, Paris