

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 7 novembre 2019
Par le Docteur Marie-Christine DUFOSSEZ

**UNE PSYCHOLOGUE EN REANIMATION : UNE
PISTE POUR LE « MIEUX VIVRE » DES SOIGNANTS
EXERÇANT EN REANIMATION ?**

**Un retour d'expérience du service de réanimation du
centre hospitalier de Béthune**

Membres du jury :

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

REMERCIEMENTS

Tous mes remerciements aux enseignants du DIU, les Pr Galam, Dr Ormières et le Pr Soulat.

Les échanges et la qualité des enseignements du DIU m'ont accompagné au cours de cette année, me guidant dans la réflexion autour de mes pratiques professionnelles.

Un remerciement particulier à Anaïs, Laura, psychologues du service de réanimation.

Un remerciement à tous les participants du DIU de 2018-2019 que j'ai eu plaisir à retrouver au cours de ces 4 modules.

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	2
INTRODUCTION	4
METHODES	5
A) Questionnaire de 2014 (annexe 1).....	5
B) la création d'un poste de psychologue clinicienne à 80 % dédié au service de réanimation et actions mises en place en 2018-2019	5
C) une évaluation en juillet août 2019 sur le ressenti des soignants :	6
RESULTATS.....	7
A) Questionnaire de 2014 : repérer et ressentir les besoins exprimés	7
B) Création d'un poste de psychologue clinicienne à 80 % dédié au service de réanimation et actions mises en place 2018.	9
1 Evolution du service.....	9
2 Création d'un poste de psychologue clinicienne en 2018.....	9
3 les actions mises en place.....	10
C) L'étude qualitative des entretiens semi-directifs en juillet – aout 2019 selon un guide d'entretien (annexe 2).....	12
Grille entretien 6 questions	12
TEMOIGNAGES	15
DISCUSSION	18
A) la fin de vie en réanimation et les soignants : quelques données de la littérature sur l'impact émotionnel sur les soignants.....	19
1)La temporalité	19
2) la mort en réanimation : spécificités	20
3) les LATA, source de conflit dans l'équipe	20
B) réanimation et psychologue : données bibliographiques.....	20
1)-réanimation adulte : le besoin d'humaniser	20
2)-la psychologue en réanimation pédiatrique	21
C) L'expérience du service de réanimation du CH Béthune	21
CONCLUSION	24
ANNEXES.....	25
ANNEXE 1.....	26
ANNEXE 2 Guide d'entretien juillet août 2019	28
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	29

INTRODUCTION

Près de 70 % de la population française décède en institution; au sein de l'hôpital, un décès sur 5 survient en réanimation ⁽¹⁾. Le service de réanimation accueille des patients présentant des défaillances viscérales, dans un contexte d'urgence, ce qui nécessite une importante mise en place de moyens humains, et mise en œuvre de procédure et moyens techniques lourds. Cette technicité s'accompagne dans le même temps de la mise en place d'une réflexion éthique sur le bien-fondé de la réanimation mise en place autour du patient. Cependant les décès en service de réanimation sont fréquents (20 à 25 %) et les processus de limitation et/ ou d'arrêt des traitements (LATA) concerne 10 % des patients admis. La confrontation régulière à la mort, aux décisions collégiales de limitation thérapeutique, mais aussi à la souffrance des patients et à celle de leurs familles ont une répercussion sur les capacités d'adaptation des soignants face à ces multiples sources de stress et à leur impact émotionnel. Des études ont montré que ces facteurs étaient sources d'épuisement professionnel des soignants de réanimation ⁽²⁾⁽³⁾.

Il existe deux concepts clés : le traumatisme et la mort.

La mort en réanimation est une mort particulière dans le sens où les patients sont souvent non autonomes et inconscients et leur vie est dépendante des machines et des techniques qui suppléent leurs défaillances viscérales. La mort résulte le plus souvent d'une décision médicale dans un contexte de haute technicité, décision collégiale d'une limitation thérapeutique ou arrêt des soins actifs. Il existe un paradigme pour les soignants exerçant en réanimation entre “tout faire pour faire vivre” et “laisser mourir”; Ceci avec deux temporalités différentes : dans le premier cas “faire vite et bien”, dans le deuxième cas “donner du temps au temps”.

La conjoncture financière actuelle des hôpitaux avec la rentabilité liée à la T2A ne permet pas au soignants de prendre le temps nécessaire pour récupérer émotionnellement. Le contexte engendre souvent un mal-être voir une souffrance des soignants. L'objectif de ce travail est d'aborder la mort en réanimation du point de vue de la pratique réelle, du ressenti et de l'accompagnement des soignants pour leur apporter une meilleure qualité de vie au travail. Nous présenterons l'expérience du service de réanimation du CH de Béthune avec la création d'un poste de psychologue dédié au service depuis 2018.

METHODES

Le CH de Béthune fait partie du groupement hospitalier de territoire (GHT) de l'Artois.

Les réflexions ont été menées à partir des résultats d'un questionnaire proposé aux soignants en 2014 et d'une réorganisation managériale avec l'arrivée d'un nouveau chef de service qui a permis la création d'un poste de psychologue à 80 % en 2018 dédié au service de réanimation. Une évaluation des actions mises en place depuis 2018 a été réalisée en juillet août 2019 par une étude qualitative sur entretien semi-directif basé sur un guide d'entretien réalisé au préalable avec 6 questions (présentation du soignant, point de vue sur les impacts des actions mises en place dans la prise en charge des patients en fin de vie, sur la qualité de vie des soignants).

A) Questionnaire de 2014 (annexe 1)

le questionnaire dont le but était de repérer les besoins se déclinait en 14 items autour de 3 paragraphes :

- informations personnelles pour mieux vous connaître
- organisation de la communication au sein de l'équipe autour de la fin de vie
- projet de mise en place d'actions spécifiques en interne

B) la création d'un poste de psychologue clinicienne à 80 % dédié au service de réanimation et actions mises en place en 2018-2019

La psychologue est présente dans le service à 80 %. La création du poste de psychologue a permis :

- 1 la mise en place d'un groupe famille réa
- 2 debriefing à chaud des situations complexes ou conflictuelles
- 3 entretien individuel avec les patients, les familles
- 4 entretien informel dans les unités avec les soignants
- 5 accompagnement aux ateliers "échanges sur la fin de vie" avec les étudiants en médecine

C) une évaluation en juillet août 2019 sur le ressenti des soignants :

Etude qualitative sur entretien semi-directif basé sur un guide d'entretien réalisé au préalable avec 6 questions (présentation du soignant, point de vue sur les impacts des actions mises en place dans les prises en charge des patients en fin de vie, sur la qualité de vie des soignants) annexe 2.

RESULTATS

A) Questionnaire de 2014 : repérer et ressentir les besoins exprimés

Dans le service de 11 lits réanimation USC travaillaient en 2015 : 20 infirmiers titulaires, 15 aides-soignants titulaires, 5 médecins seniors, deux cadres de santé, une secrétaire. Sur les 43 questionnaires envoyés, 23 soignants ont répondu. Les soignants travaillaient en 3 postes de 8h avec 15 minutes de transmissions orales entre chaque changement d'équipe.

Les items étaient classés selon trois thèmes :

informations personnelles (fonction, ancienneté, temps de pause et charges émotionnelles)

organisation de la communication au sein de l'équipe autour de la fin de vie (connaissance journalière de l'évolution du patient; discussion à l'admission et au cours du séjour des objectifs de soins dont la limitation des soins; debriefing utile ?; transmission des informations aux familles; écoute des soignants par l'équipe médicale; qui prend la parole ?; facteurs susceptibles de perturber les discussions de fin de vie du patient)

mise en place d'actions spécifiques en interne

Enseignement spécifique sur la fin de vie; sur l'information communication, accompagnement des familles; étapes du deuil; connaissance et gestion de ses émotions au quotidien; l'éthique dans le service : groupe de travail, débriefing à froid ? À chaud ?; animateur extérieur; formation en interne; participation de l'équipe mobile de soins palliatifs; suggestions ouvertes)

Les réponses aux items ont été retranscrites en annexe 1 ainsi que le questionnaire proposé.

Globalement les soignants ayant répondu au questionnaire sont essentiellement les infirmières. En 2014 les soignants ne travaillaient pas en binôme et les aides-soignants expriment ne pas être intégrés dans les discussions du projet de soins des patients. Les deux cadres de santé et la secrétaire

étant en petit effectif évoquent que l'anonymat ne peut être respecté et préfèrent ne pas répondre. 4 médecins sur 5 pensent que le questionnaire s'adresse uniquement aux paramédicaux.

Le questionnaire montre que 75 % des soignants ont une expérience de plus de 5 ans dans le service.

Les soignants expriment avoir les éléments à transmettre pour la moitié d'entre eux, Ils souhaitent être présents lors des staffs quotidiens définir avec les médecins les informations qu'ils peuvent transmettre aux familles. Dans les discussions de fin de vie du patient, 11 sur 21 ne sont pas satisfaits de l'écoute de l'équipe médicale; pour 15 / 21 soignants, le lieu de discussion est inapproprié (bruits, aller venue) ils ne peuvent se détacher des soins et non pas toutes les informations sur le mode de vie, l'autonomie du patient.

Dans les propositions de mise en place d'actions spécifiques en interne, il apparaît nécessaire d'intégrer les aides-soignants de recourir de manière systématique à l'équipe mobile de soins palliatifs (ESMP) (médecin infirmier psychologue) pour les échanges et discussion avec le patient, la famille mais aussi les soignants pour un accompagnement de l'équipe. Les soignants ressentent le besoin de discuter avec la psychologue de l'ESMP, qui expose la situation selon les quatre dimensions du patient. Les RMM (revues morbi mortalités) qui sont obligatoires dans un service de réanimation ne répondent pas aux attentes des soignants : trop techniques, peu participatifs. Les debriefings “à froid” sont intéressants mais ils ne contribuent pas à apaiser les émotions dans les situations complexes et “n'atténuent pas la souffrance en rentrant chez soi”. Les soignants souhaitent des “debriefings à chaud” : échanger, exprimer leurs émotions face à la situation qu'ils sont en train de vivre ou du patient qui vient de décéder, avec quelqu'un de l'équipe mais détaché des soins leur permettrait de “déposer leur fardeau” avant de rentrer chez eux.

B) Création d'un poste de psychologue clinicienne à 80 % dédié au service de réanimation et actions mises en place 2018.

1 Evolution du service

De 2012 à 2018, le service de réanimation-USC du CH de Béthune a connu de nombreux changements :

- Une extension du service de REA-USC de 9 à 16 lits en 2015 puis 22 lits en 2018, une équipe de soignants qui s'est étoffée actuellement 44 infirmiers et 33 aides-soignants
- Une modification des plannings des infirmiers et aides-soignants, passage en 12 heures, soit 2 équipes sur 24 h avec un temps de transmission diminué ; les transmissions se font essentiellement sous formes de « transmissions ciblées » écrites sur les feuilles de surveillance ; l'infirmier et l'aide-soignant font leurs transmissions à leurs collègues respectifs pour 6 patients sur 20 minutes.
- Un audit organisationnel par la société de réanimation de langue française (SRLF)
- L'arrivée d'un nouveau chef de service en septembre 2016
- Un travail des équipes organisées en binômes infirmier- aide-soignant

2 Création d'un poste de psychologue clinicienne en 2018

- Elle occupe le poste à 80% : elle intervient les lundis, mardi, jeudi et vendredi de 9h à 17h en prenant en moyenne une heure pour déjeuner
- Elle dispose d'un bureau pour se poser, s'isoler, recevoir les familles, les soignants à leur demande ; elle revoie les familles en entretien si elles le souhaitent en post-deuil
- Il n'y a pas de groupe de parole. Elle travaille à côté des médecins, infirmiers, aides-soignants, secrétaires, étudiants hospitaliers, internes.
- Elle participe au staff du matin à 9h00, prend connaissance des patients admis, de l'évolution des patients déjà hospitalisés, elle est sollicitée par l'équipe soignante en cas de conflit avec les familles ; elle suit le tour des patients entre 12h et 13h avec l'équipe médicale.
- L'échange entre la psychologue et les autres soignants se fait « à la volée » au cas par cas, ce peut être sous forme d'échange informatif sur les patients hospitalisés ou leur famille, mais aussi des commentaires sur les patients, l'expression d'un vécu personnel sur une situation, parfois une conversation d'ordre privée.

3 les actions mises en place

Les résultats du questionnaire de 2014, nous ont guidés dans la mise en place des actions menées dans le service avec l'arrivée de la psychologue clinicienne

- La création du groupe famille-REA d'avril à septembre 2018 animé par la psychologue et un médecin référent de l'équipe
- 3 réunions de 14h à 16h30 (les soignants venaient en dehors de leur poste, les heures étaient incluses dans leur temps de travail)
- Objectif : mise en place d'un formulaire LATAREA sous forme d'une grille informatique, accessible à tous les soignants, et d'un livret fin de vie.
- Participation de 6 à 8 soignants par réunion. Difficulté pour les soignants : dates, revenir en dehors de leur poste, « sortie de poste de nuit ou prise de poste le soir »
- Debriefing à chaud
 - Pour les situations complexes à la demande d'un infirmier ou aide-soignant, d'un médecin, de la psychologue, d'un cadre de santé.
 - Un temps de parole et d'écoute entre soignants dans le service, le plus souvent dans l'unité où est hospitalisé le patient, soit autour de la « paillasse » des infirmiers ou dans un salon « information famille » disponible dans l'unité : retransmission d'éléments, collégialité des décisions prises.
- Entretien individuel de la psychologue avec le patient et/ou sa famille : aide à comprendre les émotions, les ressentis des familles dites « difficiles » (soignants)
- Staff le matin ; définir pour chaque patient son « statut » dès l'entrée ou en fonction de l'évolution
 - Statut A B C D
 - Classé et noté sur les transmissions médicales accessibles aux paramédicaux et discutés en staff
 - A : aucune limitation de soins
 - B : pas de drogues vaso actives, pas de MCE¹, pas d'EER²
 - C : pas de MCE¹, pas d'EER², pas d'intubation, pas d'augmentation des drogues vaso actives
 - D : arrêt thérapeutique

¹ MCE=Massage Cardiaque Externe ² EER = Epuration Extra Rénale

- Accueil et accompagnement des étudiants en médecine du service (présents 5 à 6 semaines temps plein par stage)
 - Lors de la première semaine : formation interactive sur la fin de vie en réanimation : aspect législatif, éthique, la collégialité, la procédure collégiale de LATA, la communication avec la famille, l'annonce d'une mauvaise nouvelle, les phases du deuil
 - Présentation des personnes ressources pouvant répondre à leur besoin :
 - Interne référent
 - Senior référent
 - Psychologue du service
 - Psychologue de l'équipe mobile de soins palliatifs. Un accord a été pris avec l'équipe pour recevoir les étudiants en médecine en questionnement, en souffrance face à une situation dans le service et ne souhaitant pas en parler avec l'équipe de réanimation. Les étudiants sont informés de la confidentialité de cet entretien extérieur
 - Présentation d'une situation de fin de vie vécue au cours de leur stage avec diaporama au cours de la troisième semaine,

C) L'étude qualitative des entretiens semi-directifs en juillet – aout 2019 selon un guide d'entretien (annexe 2)

L'équipe du service REA – USC est composée en juillet 2019 de 44 infirmiers dont 12 ont plus de 5ans d'ancienneté dans le service, 33 aides-soignants dont 13 ont plus de 3 ans d'ancienneté, 2 cadres de santé, un cadre de soin, 2 kinésithérapeutes, un psychologue à 80%, 6 internes, 6 étudiants en médecine (med4, med5 et med6), 8 médecins seniors (4 PH, 2 assistants, 2 médecins étrangers : 1FFI, 1PAE).

Pour rendre le travail suffisamment représentatif avec un panel varié de professionnels, les entretiens ont été réalisés sur 6 jours avec les soignants en poste, les secrétaires, internes et étudiants en médecine, médecins seniors, ayant accepté de répondre selon le guide d'entretien préétabli. L'entretien dure environ 20 minutes. Sur ces 6 jours, 8 infirmiers, 6 aides-soignants, 2 étudiants en médecine, une secrétaire, deux internes, deux médecins seniors soient 21 soignants ont participé. Cet entretien individuel était réalisé sur le lieu et le temps de travail.

Grille entretien 6 questions

1 : questions 1 et 2

- L'âge moyen des infirmiers était de 32 ans (de 23 à 52 ans), deux sur 8 infirmiers avaient plus de 5 ans d'ancienneté, 4 sur 8 avaient moins d'un an, 2 avaient entre un et cinq ans.
- L'âge moyen des aides-soignants était de 35 ans (de 30 à 48 ans) avec une ancienneté supérieure à un an pour 4 AS sur les 6. La moyenne d'âge des AS dans le service est plus élevée que pour les infirmières, globalement ils entrent en milieu hospitalier plus tardivement, souvent après une reconversion professionnelle.
- La secrétaire qui a accepté de répondre à l'entretien est une jeune secrétaire de 24 ans, diplômée depuis 1 ans ayant exercé dans un premier service hospitalier de consultation. Après 3 mois dans le service et à la suite d'un arrêt maladie elle a demandé un changement d'affectation. Les secrétaires participent le matin au staff et « la narration des situations cliniques était trop difficile à entendre nous dit-elle, je ne comprenais pas le vocabulaire utilisé et je n'avais jamais été confrontée et préparée à cela, je ne pouvais plus dormir, dans la journée, je me réfugiais sur internet sur mon téléphone. »
- De manière générale les soignants ont développé longuement leur ressenti sur leur vécu professionnel et émotionnel.

2 questions 3 : Avant d'entrer dans ce service, pensiez-vous prendre en charge dans 30 % des situations, l'accompagnement des patients en fin de vie ? Cela vous affecte-t-il ?

Majoritairement, les soignants (16/20) se sont exprimés sur les dimensions techniques de leur métier auquel ils s'attendaient, mettant l'accent sur le sentiment de pression au travail qui augmente puis ils parlent de leur vécu lié aux situations émotionnelles pénibles (décès de patient jeune, décès d'un patient pour lequel ils se sont fortement investis dans la relation avec le patient et/ou la famille, identification, transfert soignant patients, famille, acharnement thérapeutique et décision de fin de vie).

3 : Question 4 avez-vous connaissance des ressources disponibles dans le service de réanimation (moyens humains, compte-rendu de réunion sur Intranet, formation en interne et diaporama sur la fin de vie) ?

- tous les soignants(21/21) ont connaissance des actions mises en place en interne, ils ont accès par Intranet aux comptes-rendus des réunions du groupe famille réa, jugent utile la grille de saisie lors des LATA et accès au dossier du patient sur "l'onglet éthique" ; Lors de la prise en charge de leurs patients concernés, ils peuvent imprimer cette feuille et connaître clairement le projet de soins. Cinq soignants ont déjà sollicité un débriefing à chaud qui les a aidés à éclairer la situation complexe qu'ils vivaient.
- tous les soignants (21/21) sont informés d'une formation en interne sur la fin de vie animé par un médecin senior et la psychologue qui a lieu deux fois par an. Ils n'ont pas tous pu y participer (planning, vie familiale) mais comptent y aller.
- Les internes apprécient leur participation au débriefing et les enseignements liés à la fin de vie; ils connaissent le recours possible à la psychologue du service ou à l'équipe mobile des soins palliatifs mais n'y ont pas eu recours après 3 mois de stage.
- Les étudiants hospitaliers témoignent de la reconnaissance pour l'écoute, les ressources et les ateliers qui leur sont proposés. C'est un stage émotionnellement difficile, en particulier pour les Med 4 qui n'ont pas encore validé le module réanimation-soins palliatifs et ces ateliers leur permettent de s'exprimer d'échanger librement, sans crainte du regard des autres. La présentation d'une situation avec diaporama sur 15 minutes leur a permis d'organiser leurs connaissances et de présenter leur questionnement éthique.

4 : Question 5 : Que vous apporte dans votre exercice professionnel quotidien la présence de la psychologue du service?

- avec le groupe famille-réa sur trois réunions, les éléments ont été posés pour créer un document informatique accessible à tous les soignants en charge du patient; la psychologue a animé ces réunions donnant un temps de parole à chacun, une communication efficace, une cohérence et uniformisation des pratiques : grille LATA et protocole sédation fin de vie.
- le travail au quotidien de la psychologue avec les patients et les familles améliore notre relation avec patient et/ou famille pour 21/21 soignants. Elle écoute, reprend les informations avec la famille, les appelle et on ressent moins d'agressivité de leur part car elles sont moins anxieuses, se sentent moins coupables.
- Debriefing à chaud : pour tous les soignants (21/21) dans les situations complexes, la psychologue propose de prendre un petit temps dans l'unité, de demander l'avis des personnes qui se sont occupées du patient et ces temps sont toujours trop rapide mais permettent de poser les choses, de s'exprimer et de repartir moins stressé.

5 Question 6 lorsque vous vous sentez en difficulté sur le plan émotionnel, que faites-vous pour vous ressourcer ?

- La nécessité de s'investir dans d'autres activités apparaît chez 15 soignants sur 21 pour se ressourcer et prendre de la distance : activités sportives pour décompresser (9 soignants), technique de gestion du stress (sophrologie, méditation, hypnose au yoga) pour 10 soignants / 21.
- La famille (conjoint et enfants) permet de penser à autre chose pour 18 soignants / 21.
- certains soignants rapporte aller sur internet via leur téléphone personnel pour faire des achats, pendant leur poste, c'est un moyen de compensation du stress.
- deux infirmiers avaient plus de 5 ans dans le service et exprimaient leur besoin de retrouver un temps "pause café" pour échanger avec leurs collègues de manière moins informelle "comme il y a 10 ans, un café en début d'après-midi, un café lors de la prise de poste de nuit; nous n'avons plus de temps commun, chacun rapporte son repas et son café et le boit seul dans l'office, à tour de rôle".

- 4 soignants ont dit : “ prendre un café avec Laura (c'est la psychologue) dans des situations extrêmement violentes pour moi sur le plan émotionnel (je pleurais), c'est réconfortant, je peux tout dire”.

TEMOIGNAGES

Témoignages : tous les entretiens étaient riches d'informations et d'émotions; j'ai choisi de vous en faire partager certains extraits.

S, infirmière 52 ans, 15 ans dans le service

depuis ces 5 dernières années, j'ai l'impression d'avoir changée, je ne me reconnais plus, je n'arrive plus à prendre du temps pour voir les familles... avant j'aimais discuter avec elle, essayer de les réconforter... maintenant je fais mes soins et hop je change de patient... c'est la chaîne, il faut brancher la dialyse, vite il y a une entrée et il faut aider la collègue; pour la relation humaine il n'y a plus de temps, c'est même du temps perdu pour certains médecins... alors quand la famille est en pleurs, ou très demandeuse, je leur propose de rencontrer la psychologue ça m'aide et les familles ont le sentiment d'être écoutées.

M, infirmière 25 ans, 1 an dans le service

quand je suis arrivée, je pensais que la réanimation, c'était technique, il faut assurer les gestes, aller vite, à la fin d'un poste de 12h j'ai l'impression d'être un robot; quand je rentre chez moi, je revois ma journée...

quand je suis arrivée, la psychologue était déjà là; je propose régulièrement aux familles angoissées de la rencontrer, elle les écoute les apaise; quand elles reviennent dans la chambre elles sont plus calmes;

quand un patient décède surtout un jeune ou un patient d'un âge proche de mes parents, j'ai des difficultés à prendre de la distance, ça me fait du bien d'en parler avec les collègues plus anciennes quand elles ont le temps.

Un jour j'ai eu l'impression de ne pas en avoir assez fait pour le patient qui est décédé, je me suis dit que c'était de ma faute, et là je n'ai pas osé en parler avec mes collègues. J'ai demandé à la psychologue pour en parler avec elle, elle m'a aidé à gérer, ces paroles m'aident encore pour que ça me prenne moins d'énergie et que je puisse rentrer chez moi plus légère

C, Aide-soignante 35 ans , depuis 5 ans dans le service

Quand on sort de l'école, on ne voit pas nécessairement tous les problèmes avec les familles, on est axé sur le côté technique de la réanimation. Nous, aides-soignants, nous avons peu de poids dans toute l'échelle médicale et infirmière. On est toujours exécutrice, rarement preneuse de décision. On est toujours face à quelqu'un qui ne va pas bien patient, ou famille, ce n'est pas facile de se détacher et on n'a pas forcément de soutien de la part des médecins. Depuis 3 ans il y a un gros turn-over dans le service, il faut former - reformer. J'aime mon métier mais je ressens une grosse lassitude. Depuis le travail en binôme infirmier-AS on peut davantage échanger ; depuis l'arrivée de la psychologue, le matin on participe au staff avec l'infirmière et on peut transmettre des informations , on a pu participer au groupe famille réa, et les debriefings à chaud dans l'unité nous permettent de d'échanger avec l'équipe. Si la situation est complexe et qu'elle est difficile pour moi particulièrement, je sais que je peux en parler avec la psychologue dans l'unité ou pendant ma pause de 20 minutes en début d'après-midi; elle est à l'écoute et m'aide à réfléchir sur le juste milieu d'un engagement vis-à-vis d'un patient ou de sa famille.

A infirmière 24 ans arrivée depuis un mois dans le service, jeune diplômée, premier poste

j'avais déjà fait un stage dans le service et j'ai choisi d'y venir car on est pas seul, c'est une équipe et quand on commence sa carrière c'est rassurant même si c'est très technique; dans les services aux étages on est seul pour 15 patients; ici on peut toujours demander même au médecin, aux internes. Pendant mon stage, j'étais toujours concentré sur les traitements, les pansements, les dialyses; l'accompagnement des familles était géré par l'infirmière titulaire et même si j'étais présente, je me sentais moins responsable.

Maintenant la souffrance des familles, mon impuissance a soulager, leur peine, leur agressivité, c'est pénible pour moi. Alors j'apprécie beaucoup la disponibilité de la psychologue pour être présente et aller dans les chambres, rencontrer les familles. Après l'entretien avec la psychologue, les familles sont plus détendues, la psychologue m'explique aussi pourquoi la famille est agressive... Ca me déculpabilise.

Pour moi il est indispensable de continuer à m'investir dans d'autres activités à l'extérieur; avec mes horaires en pause de 12h et les weekends, je pratique la course, ça me permet de m'adapter à mon emploi du temps et je décomprime.

S étudiante en médecine MED 4 (4eme stage) 22 ans, stage de 5 semaines

La première semaine, j'ai vécu 5 situations LATA avec décès du patient sur "débranchement". Un des patients avait l'âge de mon père qui est atteint d'une maladie chronique. C'était très difficile,

mais je n'ai osé rien dire, pas même aux internes. Le vendredi soir à la fin de la première semaine, je suis allé voir mon médecin traitant qui m'a écoutée, et comme je ne dormais plus et que je pleurais, il m'a prescrit un traitement. Le lundi, un des PH m'a demandé comment j'allais et là je lui ai tout raconté. J'ai pu en parler avec le médecin de l'unité et la psychologue.

La deuxième semaine, des ateliers d'échange étaient prévu avec une formation interactive sur la fin de vie. La psychologue était présente pour reprendre des explications. Ces ateliers m'ont éclairée sur les mises en place des LATAREA; j'ai pu lors du dernier atelier présenter une situation de fin de vie que j'avais vécue et reprendre tous les éléments juridiques, éthiques sur lesquels les décisions s'appuyaient. En Med4, nous n'avons pas encore validé le module réanimation urgences soins palliatifs, aussi même si on a lu un peu avant le stage, on est mis de suite dans la réalité de la mort et de la souffrance des familles, et c'est très difficile de gérer ses émotions.

DISCUSSION

Je commencerai la discussion de ce mémoire par vous présenter une situation clinique qui a contribué à la réflexion menée dans le service pour la création d'un poste de psychologue dédié au service de réanimation-USC

début 2016

- Monsieur B 43 ans père de 3 enfants 13, 10, 7 ans
- pas d'antécédent, sportif (vélo, natation, jogging)
- transfert du service de gastro-entérologie
- hospitalisé en gastro-entérologie depuis une semaine et annonce du diagnostic de cancer du pancréas métastasé J-1 de l' admission en réanimation
- admis un samedi matin pour insuffisance respiratoire aiguë et pour donner du temps” au patient et sa famille”
- accompagnement fin de vie du patient et sa famille
- weekend : appel exceptionnel à l'équipe mobile de soins palliatifs pour aide avec la présence du médecin et de la psychologue se relayant avec l'équipe de garde de réanimation
- sédation fin de vie le lundi décès du patient entouré de son épouse et ses 3 enfants le lundi soir

extrait de la lettre de son épouse envoyé 3 mois après le décès “ vous êtes tous des soignants, pour vous votre métier c'est de soigner pour être en meilleure santé mais quand la nature en décide autrement, que la médecine ne peut plus rien, vous savez suivre humainement cette nature. Gardez vos cœur, même si je sais que c'est dur pour vous de vivre ces fins de vie. Que cette lettre vous motive pour continuer vers le bon chemin quand il le faut...”

A) la fin de vie en réanimation et les soignants : quelques données de la littérature sur l'impact émotionnel sur les soignants

1)La temporalité

- Le professeur Jean Roger Le Gall (CHU St LOUIS Paris)⁽⁴⁾ rapporte devant l'Académie nationale de médecine en 2011 “ on observe un syndrome d'épuisement professionnel chez près de la moitié des médecins et chez un tiers des infirmiers travaillant dans un service de réanimation, parmi les facteurs favorisant on trouve en première ligne les questions de fin de vie, soins aux patients mourants et décision d'arrêt thérapeutique. Cet épuisement professionnel provoque une diminution de la qualité des soins, une augmentation de l'absentéisme et du taux de rotation du personnel ainsi qu'une diminution de la communication avec les familles des patients. ” C'est aussi ce que rapportent l'équipe de Embriaco⁽²⁾ et l'équipe de MC Poncet⁽⁵⁾
- Lors des décisions de limitation ou d'arrêt des traitements actifs les soignants ont le devoir d'informer, de communiquer avec la famille qui elle aussi souffre d'anxiété voir de dépression⁽⁶⁾⁽⁷⁾.
L'analyse autocritique faite par les réanimateurs des dysfonctionnements de leurs services est riche d'enseignement; ce n'est pas tant de diminuer les heures de travail, mais plutôt d'écouter d'accompagner les équipes soignantes qui peut prévenir l'épuisement professionnel.⁽⁸⁾
- Par manque de moyens et de personnel on a plus le temps d'écouter les patients, les familles encore moins les soignants, de se poser pour réfléchir, de prendre du recul, plus le temps d'accueillir les étudiants, les nouveaux arrivants. DONATA Maria dans son rapport⁽⁹⁾ retrouve que 66 % des étudiants en médecine présentent une anxiété, ont un mal-être. Les soignants n'ont plus beaucoup de temps à consacrer à la formation et au soutien moral des étudiants, ce qu'on appelle couramment le compagnonnage. Ce tutorat plus ou moins informel joue pourtant un rôle déterminant dans la qualité de vie des étudiants⁽¹⁰⁾. La première annonce d'un décès est une épreuve à la fois redoutée et est particulièrement difficile.
- Les codages, cotations et autres comptes rendus prennent beaucoup de temps; les secrétaires médicales étant petit à petit supprimées, le courrier ou les comptes rendus sont faits par les médecins.

2) la mort en réanimation : spécificités

le mal-être des soignants est une réalité de plus en plus reconnue. Il est rare que la mort surgisse de façon inattendue. Elle survient fréquemment à l'issue d'un processus de décision collégiale organisé par les soignants avec un accompagnement des patients et des familles. Devant un phénomène aussi fréquent et traumatisant que la confrontation à des décès répétés, il faut donner aux soignants travaillant en réanimation les moyens d'affronter les situations. Les soignants expriment le sentiment douloureux de leurs limites devant la souffrance des patients et la proximité de la mort, le temps qui leur manque, la haute technicité et le « ne plus rien faire » qui se juxtaposent, les difficultés qu'ils éprouvent à l'égard des familles qui sont en besoin d'être écoutées longuement. Tout cela entrave au quotidien leur qualité de vie. On observe que la mise en place de stratégie de communication fondée sur une amélioration de l'organisation et des réunions d'équipes régulières permet une diminution de la souffrance des soignants.⁽¹¹⁾

3) les LATA, source de conflit dans l'équipe

un des facteurs favorisant le burn-out des soignants réanimation est la présence de conflit interdisciplinaire et avec les familles. La SRLF propose des sessions de formations avec des mises en situation: Lorin et AL⁽¹⁰⁾ ont montré l'intérêt d'une formation associant la délivrance de règles de communication et une mise en pratique lors du premier entretien avec la famille. Des recommandations de la SRLF ont été mises en place pour communiquer et discuter avec les familles dans les décisions de fin de vie.⁽¹²⁾

B) réanimation et psychologue : données bibliographiques

1)-réanimation adulte : le besoin d'humaniser

Jean Yves NAU dans un rapport en 2011 “ la réanimation au bord du burn-out” citait “ la réanimation a d'abord besoin de mesures simples et humaines qui permettent malgré l'urgence et le désarroi d'assurer une prise en charge au plus près du patient et de sa famille”.

De nombreuses initiatives ont été mises en place mais la situation dans les services de réanimation reste encore trop souvent problématique. Groupe de parole, revue morbidité-mortalité, formation par la SRLF ont été instaurés mais ces initiatives restent insuffisantes voire ne répondent pas à la souffrance des soignants.

- un dialogue absent ou insuffisant est souvent source de conflit; la mise en place de réunion entre les différentes catégories de soignants est nécessaire pour laisser la parole à chacun pour discuter de la stratégie et de l'intensité thérapeutique choisie.

- certains services vont plus loin dans l'émergence du dialogue en mettant en place des groupes de parole ou d'analyse de pratique concernant un patient, souvent animés par des psychologues extérieurs, s'inspirant du mode de fonctionnement des unités de soins palliatifs. En réanimation polyvalente adulte, ces groupes de parole n'ont jamais été évalués ; leur mise en place n'est pas pérenne, car leur organisation nécessite de faire revenir les soignants en dehors de leur poste de travail, ce qui pour eux est encore “une charge supplémentaire”, alors qu'ils travaillent maintenant en poste de 12 h alternant des postes jour et nuit, avec un équilibre travail famille difficile.

- une équipe de réanimation adulte de Villeurbanne rapporte en 2016⁽¹³⁾ l'expérience du service menée par un psychologue à temps partagé avec le service de psychiatrie de liaison de Lyon : elle y présente son rôle auprès des patients et des familles et le retentissement positif sur les soignants.

2)-la psychologue en réanimation pédiatrique

En 2011 une équipe de réanimation pédiatrique de Lyon a présenté son expérience avec le regard croisé cadre de santé-psychologue sur la prise en charge psychologique de l'équipe soignante ⁽¹¹⁾. Elle présente les dispositifs mis en place dans le service: réunion pluridisciplinaire hebdomadaire, entretien régulier avec les familles, réunion pluridisciplinaire pour les décisions, formation en interne, debriefing, médicaux, mise en place d'un groupe de parole avec un animateur extérieur.

Le plus souvent une psychologue ou un psychiatre est mis à disposition d'un service de réanimation pour deux demi-journées par semaine pour des entretiens avec des patients et/ou des familles en souffrance, identifiés par les soignants. Or l'étude de Pronost et AL montre que la présence d'un psychiatre ou psychologue intervenant extérieur est peu sollicitée par les soignants.⁽¹⁴⁾

C) L'expérience du service de réanimation du CH Béthune

Dans le contexte du changement vécu par le service depuis 2015 (augmentation de l'effectif avec recrutement de nouveaux soignants, passage en 12h, travail en binôme infirmier aide-soignant, arrivée d'un nouveau chef de service) les difficultés du travail en équipe, les responsabilités, le

contact quotidien avec la douleur et la mort, “les transmissions ciblées” responsables d'un filtrage important de l'information essentiellement réduite à une information sur les aspects techniques et physiques, la pénibilité des journées longues (12 heures avec pause déjeuner dans le service de 20 minutes), heures supplémentaires imposées, choc régulier à l'émotivité, tous ces éléments ont un retentissement sur l'équilibre vie professionnelle-vie personnelle. Les soignants n'ont pas tendance à montrer leurs émotions et encore moins à en parler avec leurs collègues (beaucoup de nouveaux soignants) ou à la hiérarchie.

Si des personnes formées peuvent intervenir au bon moment sans jugement ni dévalorisation pour les soignants qui en ont besoin, de véritables actions préventives peuvent être mises en œuvre et ainsi améliorer la qualité de vie au travail des soignants de réanimation, diminuer l'absentéisme et le turn-over, améliorant ainsi la qualité des soins; c'était le challenge que nous nous sommes lancés avec la création d'un poste de psychologue, intégrée dans l'équipe de réanimation; la psychologue est arrivée dans le service au printemps 2018. Les premières actions ont été mises en place en avril 2018, et une première évaluation en été 2019 a montré des résultats très encourageants.

Intégrer une psychologue dans l'équipe de réanimation était pour nous une ressource : s'appuyer sur l'observation, la communication et l'établissement de l'empathie, porter attention aux soignants sont des outils précieux dans le contexte de réanimation ou traumatisme, urgence et fin de vie se côtoient quotidiennement. La psychologue observe en laissant de côté les préjugés, va vers les situations qui se présentent, écoute. Pour l'équipe la psychologue est un lien dans cette relation triangulaire patient-famille-soignant. Elle vient remettre du sens à une situation complexe. C'est la personne qui dans ce contexte de changements dans notre service, facilite les échanges de façon formelle et informelle entre médecin et non médecin-soignant, famille, étudiant, pour que chacun au sein des équipes puisse trouver de l'intérêt à son exercice, partager, collaborer et instaurer un fonctionnement participatif avec l'ensemble de l'équipe.

Le travail de la psychologue en lien avec l'équipe paramédicale et médicale auprès des patients et familles a permis d'apporter une certaine sérénité dans le service : des patients et des familles rassurées même dans le climat oppressant de la réanimation ;

- Accompagnement des familles aux entretiens avec le binôme médecins-infirmiers reprise de l'entretien famille-psychologue pour laisser du temps aux émotions
- Entretiens itératifs dans son bureau pour les familles “très en demande” : soutien dans cette période de choc, déculpabilisation des familles
- Préparation de la visite des enfants et suivi

- Appel téléphonique pour proposer une consultation post décès avec un binôme psychologue-médecin référent du patient pour répondre au questionnement médical sur la maladie; la prise en charge; la deuxième partie entretien psychologue-famille.
- Pas de thérapie proposée dans le service, elle oriente vers une structure extérieur si la famille et en demande où elle le conseille

La psychologue toute la journée, apporte une présence non imposée aux soignants, pour créer un espace permanent de rencontre, elle aide l'équipe à prendre en compte la dimension psychique du patient et sa famille, leur vécu, leur traumatisme, leur deuil. Elle est disponible, à côté des soignants; sa connaissance du mode de fonctionnement du service, des dossiers des patients lui permet de reconnaître la souffrance des soignants et de recréer du lien et du dialogue dans ce mode de fonctionnement en 12h, d'irrégularité du roulement des soignants, elle aide les soignants à se protéger en prenant une juste distance émotionnelle, l'équipe de l'aide-soignante au médecin en formation partage sans crainte d'être jugés.

Avant d'avoir toute la confiance nécessaire de l'équipe, le psychologue doit apprendre à prendre sa place, tisser du lien et partager des expériences douloureuses. Le profil d'une psychologue ayant une expérience en soins palliatifs est un plus dans son recrutement.

Les discussions "à la volée" aident parfois à repérer des pistes de réflexion sur l'organisation, dysfonctionnement pour différences culturelles dans l'équipe médicale, obtenir des résultats en terme d'amélioration de la communication dans le service, et ainsi d'une meilleure qualité de vie au travail pour les soignants.

CONCLUSION

La psychologue en réanimation joue un rôle de « pompier » pour éteindre l'incendie émotionnel, a un rôle de facilitateur et de modérateur dans les temps d'échange programmés ou non entre les soignants. L'évaluation par les entretiens semi-directifs en été 2019, nous encourage à poursuivre. Un questionnaire à l'ensemble de l'équipe sera envoyé au printemps 2020 pour faire une évaluation plus pertinente sur le ressenti des soignants ; cette action a été différée en raison d'un changement de psychologue en avril 2019 ; la première psychologue recrutée sur le poste a quitté le service pour des raisons familiales en janvier 2019 et prendre un poste temps partiel.

Une psychologue avec une expérience en soins palliatifs est un plus pour le service de réanimation. Une psychologue dans l'équipe de réanimation est aussi un risque de dérive à prendre en compte : veiller à ce que les soignants ne lui délèguent pas leur rôle d'accompagnement auprès des patients et des familles.

Les entretiens ont mis en évidence les ressources personnelles mises en place par certains soignants. Proposer une formation à la gestion du stress avec mise en place d'atelier de sophrologie relaxation en amont (écoles d'infirmiers, d'aide soignants) et dans le service pourrait être un nouvel axe de réflexion ; ces formations sont actuellement proposées dans les écoles d'ingénieurs.

ANNEXES

ANNEXE 1

Questionnaire pour repérer les besoins (2014)

ANNEXE 2

Guide d'entretien juillet août 2019

ANNEXE 1

Questionnaire pour repérer les besoins (2014)

INFORMATIONS PERSONNELLES

- 1- Vous êtes : Infirmier(e) **15** Aide-soignant(e) **5** Cadre de Santé **0** secrétaire **0** Médecin **1**
- 2- Quelle est votre expérience en réanimation ?
 < 1 An **2** 1 à 2 Ans **3** 2 à 5 Ans **4** 5 à 10 ans **5** > 10 ans **7**
- 3) au regard de la charge en soins et de la charge émotionnelle rencontrée , souhaiteriez vous des temps de pause plus longs ?
 OUI **15** NON **6**

ORGANISATION DE LA COMMUNICATION AU SEIN DE L'EQUIPE AUTOUR DE LA FIN DE VIE

- 4) avez-vous connaissance quotidiennement de l'évolution du patient par le médecin ?
 OUI **6** NON **15**
- 5) Discutez vous pour chaque patient à l'admission ou au cours du séjour, des objectifs de soins tel que poursuite des soins, limitations des soins ou arrêt thérapeutique ?
 OUI **10** NON **9** **2 ne s'expriment pas**
- 6) Pensez vous que la possibilité des débriefings dans votre service, vous serait utile ?
 OUI **20** NON **1** → **à chaud 17** **à distance 3**
- 7) Concernant les informations aux familles, pensez vous avoir les éléments à transmettre ?
 OUI **11** NON **9** si non , comment améliorer cette information ? **être présent au Staff**
- 8) Etes vous satisfait de l'écoute dont fait preuve l'équipe médicale lors des discussions concernant la fin de vie du patient ?
 OUI **5** NON **16**
- 9) Le plus souvent qui parle en premier ?
 Médecin **16** Infirmier(e) **5** Aide Soignant(e) **0**
- 10) Y a-t-il des facteurs susceptibles de perturber les discussions de fin de vie du patient ?
 OUI **15** NON **6**
 si oui , Lieu de discussion inadapté **6** Nombre de participant **5** Absence de détachement des soins **12**
 Autres

MISE EN PLACE D' ACTIONS SPECIFIQUES EN INTERNE

- 11) Souhaitez vous dans le cadre de la formation, la mise en place d'un enseignement spécifique :
- Sur la fin de vie OUI **13** NON **6**
 - Sur l'information, communication, accompagnement des familles OUI **16** NON **5**
 - Sur la connaissance et la compétence et la compréhension du vécu et des réactions des familles :
 OUI **16** NON **4**

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

- Sur les étapes du deuil OUI **13** NON **8**
- Sur la manière de répondre à ces réactions par l'attitude et la parole OUI **19** NON **2**
- Sur la connaissance et la gestion de ses propres émotions dans la pratique habituelle (stratégie relationnelle, stratégie d'adaptation au Stress)⁹ OUI **12** NON

12) Comment souhaiteriez vous aborder l'éthique dans le service ?

- groupe de travail par question (livret d'accueil, fin de vie, visite des enfants, grille LATA) **11**
- Debriefing à froid des situations difficiles **1**
- Debriefing à chaud des situations difficiles **20**
- RMM **1**
- Formation par animateur expérimenté **6**
- présentation des 3 à 5 thèmes par an, traités à partir d'une situation concrète présentée par un membre de l'équipe et animé par un animateur extérieur. **3**
- autres propositions : demande systématique de l'EMSP pour discussion avec l'infirmière et la psychologue. **15**

13) Lorsque des soins palliatifs (fin de vie) sont décidés, pensez vous qu'il soit préférable

- de les réaliser en réanimation jusqu'au décès du patient **15**
- de faire sortir le patient de réanimation vers un autre service **6**

14) suggestions libres et ouvertes

- intégrer les AS dans les discussions de fin de vie
- Appel systématique de l'équipe de soins palliatifs (médecin, infirmier et psychologue pour échanges et discussion avec la famille (accompagnement) et les soignants du patient concerné.
- formation d'une infirmière/AS référente en soins palliatifs

[ANNEXE 2 Guide d'entretien juillet août 2019](#)

question 1 : quel âge avez-vous ? Depuis combien de temps êtes-vous diplômé(e) ? ou En quelle année d'étude et vous ?

Question 2 : depuis combien de temps exercez-vous dans ce service ? Était-ce un choix de votre part d'y exercer ?

Question 3 : avant d'entrer dans ce service, pensiez vous prendre en charge dans 30 % des situations, l'accompagnement des patients en fin de vie ? Cela vous affecte t-il ?

Question 4 : avez-vous connaissance des ressources disponibles dans le service de réanimation ? (Moyens humains, compte-rendu de réunions, formation en interne)

questions 5 : que vous apporte dans votre exercice professionnel quotidien la présence de la psychologue du service ?

question 6 : lorsque vous vous sentez en difficulté sur le plan émotionnel, que faites-vous pour vous ressourcer ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Nancy Kentish-Barnes : Les soignants et la mort en réanimation dans : les soignants et la mort (2013) 17-29
2. Embriaco N, Azoulay E et al : High level of burnout in intensivists : prevalence and associated factors AM J Respir crit care Med ; 2007 ; 175(7) 686-92
3. Laurent A, Capellier G : stress professionnel en médecine intensive réanimation, de quoi parle-t-on ? Med Intensive Rea (2008) 27 75-79
4. Le Gall Jean Roger : Rapport devant l'Académie Nationale de Médecine (2011)
5. Poncet MC, Toullic P et al : Burnout syndrome in critical care nursing staff. AMJ Respir crit care Med 2007 ; 175 698-704
6. Azoulay E, Pochard F : Communication with family members of patients dying in the intensive care unit. Curr opin crit care ; 2003 ; 9 :545-550
7. Truog RD, and al : Recommendations for end of life care in the intensive care unit : the ethics committee of the Society of Critical care Medicine. Crit Care Med 2001 ; 29 ;2332-2348
8. Quenot JP and al : Suffering among carers working in critical care can be reduced by an intensive communication strategy on end of life practices . Intensive care Med ; 2012 ; 38 :55-61
9. Donata Marra : Rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé
10. Lorin S, Rhol et al : Improving medical student intensive care unit communication skills : a novel educational initiative using standardized family members. Crit Care Med 2006 ; 34 : 2386-91
11. Curtis JR, Patrick DL : The family conference as a focus to improve communication about end of life care in the intensive care unit : opportunities for improvement. Crit care Med 2001 ; 29 : N26-33
12. F. Ferré, O Fourcade : Le bien-être en réanimation : un intérêt commun. Congrès SFAR 2013
13. Frenay A : Le psychologue en réanimation. Actualités en réanimation, Congrès Lyon Novembre 2016
14. Pronost et al : Effets des caractéristiques des services en onco-hématologie développant la démarche palliative et des caractéristiques socio-démographiques des soignants sur les indicateurs de santé : soutien social, stress perçu, stratégie de coping, qualité de vie au travail. Oncologie 2008 ; 10 : 125-134
15. F Marchewka, E Petit : Prise en charge psychologique des équipes de réanimation pédiatrique : regard croisé cadre de santé-psychologue. Réanimation 2011 ; 20 : 5687-690

UNE PSYCHOLOGUE EN REANIMATION : UNE PISTE POUR LE « MIEUX-VIVRE » DES SOIGNANTS EXERCANT EN REANIMATION ?

Un retour d'expérience du service de réanimation du CH de Béthune.

Dr M-C Dufosse, médecin réanimateur, CH Béthune (62)

RESUME

Introduction :

Près de 70% de la population française décède en institution ; au sein de l'hôpital, un décès sur cinq survient en réanimation. La mort en réanimation est « une mort particulière » dans le sens où les patients sont souvent non autonomes et inconscients et leur vie est dépendante des machines et des techniques qui suppléent leurs défaillances viscérales. La mort résulte le plus souvent d'une décision médicale dans un contexte de haute technicité, décision collégiale d'une limitation thérapeutique ou arrêt des soins actifs. Il existe un paradigme pour les soignants exerçant en réanimation entre « tout faire pour faire vivre » et « laisser mourir », ceci avec deux temporalités différentes : dans le premier cas : faire vite et bien, dans le deuxième cas : donner du temps au temps. La conjoncture financière actuelle des hôpitaux avec la rentabilité liée à la T2A ne permet pas aux soignants de prendre le temps nécessaire pour « récupérer émotionnellement ». Ce contexte engendre souvent un mal-être voire une souffrance des soignants.

Objectif :

L'objectif de ce travail est d'aborder la mort en réanimation du point de vue de la pratique réelle, du ressenti et de l'accompagnement des soignants pour leur apporter une meilleure qualité de vie. Nous y présenterons l'expérience du service de réanimation du CH de Béthune.

Méthode :

Les réflexions ont été menées à partir des résultats d'un questionnaire proposé aux soignants en 2014 et d'une réorganisation managériale avec l'arrivée d'un nouveau chef de service qui a permis la création d'un poste de psychologue à 80% en 2018 dédiée au service de réanimation. Une évaluation des actions mises en place depuis 2018 a été réalisée en juillet/août 2019 par une étude qualitative sur entretien semi-directif basé sur un guide d'entretien réalisé au préalable avec 8 questions (présentation du soignant, point de vue sur les impacts des actions mises en place dans la prise en charge des patients en fin de vie, sur la qualité de vie des soignants).

Résultats :

Le questionnaire en 2014 avait montré que les soignants souhaitaient des débriefings à chaud, que les RMM n'amélioreraient pas leur mal-être dans les situations de fin de vie, qu'ils souhaitaient davantage d'écoute, un accompagnement pour eux-mêmes pour mieux informer, communiquer et accompagner les familles d'un patient en fin de vie, une formation sur la compréhension du vécu et des réactions des familles, sur les étapes du deuil, une communication pluridisciplinaire à travers un groupe de travail, le recours à une « tierce personne » détachée des soins pour gérer leurs propres émotions et vécu professionnel.

L'intégration d'une psychologue à l'équipe soignante du service de réanimation a permis d'ouvrir des pistes de réflexion à travers la création d'un groupe de travail « famille-Réa » (mise en place d'une grille LATA informatisée, livret fin de vie, protocole d'accueil des enfants), la mise en place de débriefing à chaud, des entretiens individuels ou en équipe auprès des soignants (AS, infirmiers, étudiants hospitaliers).

Discussion :

L'évaluation réalisée en juillet et août 2019 montre que la présence d'une psychologue au sein du service de réanimation, intégrée à l'équipe soignante a permis une meilleure communication sur la fin de vie, un accompagnement des patients et familles, la prévention et la gestion des conflits au sein du service. Ces mesures préventives ont été nécessaires pour améliorer le bien-être des soignants. La mise en place de stratégies de communication active sur la gestion de la fin de vie en réanimation auprès des patients, familles et soignants a contribué à limiter le turn-over des soignants et le burn-out et à assurer la qualité et la sécurité des soins. Les entretiens ont mis en évidence les ressources personnelles mises en place par certains soignants. Proposer une formation à la gestion du stress avec mise en place d'atelier de sophrologie ou relaxation en amont et dans le service pourrait être un nouvel axe de réflexion.

MOTS CLES : LATA, Echanges pluri-professionnels en service hospitalier, qualité de vie au travail, stress.