



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Place de la pédopsychiatrie de liaison en réanimation adulte: Question
des représentations interprofessionnelles**
Intérêt d'une lecture psychopathologique

Présentée et soutenue publiquement le 12/10/2016
au Pôle Formation
Par Justine Saelen

JURY

Président :

Madame le Professeur JOURDAIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur COTTENCIN

Monsieur le Professeur JARDRI

Monsieur le Docteur MEDJKANE

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur JANATI IDRISSE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

TABLE DES MATIERES

Résumé	1
Introduction	2
Généralités.....	5
I. La Pédopsychiatrie de liaison	5
A. Historique et cadre législatif	5
B. Définitions et concepts	6
C. L'unité fonctionnelle de pédopsychiatrie de liaison du CHRU de Lille	7
1. Historique et cadre législatif	7
2. Composition	8
3. Missions	8
II. La réanimation médicale: concepts théoriques et place des familles	10
A. Historique et définitions	10
B. Pôle de réanimation du CHRU de Lille	11
C. La place des familles en réanimation adulte	12
1. Cadre légal et pratiques hospitalières	12
2. L'enjeu de l'accueil des enfants.....	15
III. Rencontres entre Pédopsychiatrie de liaison et Réanimation adulte	18
Matériels et méthodes.....	19
I. Objectifs.....	19
II. Hypothèses.....	19
III. Méthodologie.....	20
IV. Population	21
Résultats	23
I. Question 1:	23
II. Question 2:	26
III. Question 3:	29
IV. Question 4:	33
V. Question 5:	36
Discussion	40
I. Faisabilité de l'étude	40
A. Les limites méthodologiques	40
B. Les points forts méthodologiques	41
II. Discussion autour des résultats	42
A. Représentations du dispositif.....	42
B. Vécu d'inspiration traumatique	44
C. La recherche de la contenance institutionnelle.....	46
D. La place de la subjectivité dans les soins.....	48
Conclusion.....	49
Références bibliographiques	51
Annexes	53
Annexe 1 : Extrait du règlement intérieur du CHRU de Lille (09/2011)	53
Annexe 2 : Extrait du livret d'accueil des familles en réanimation	54

RESUME

Contexte: La pédopsychiatrie de liaison et le service de réanimation médicale adulte se rencontrent occasionnellement autour de la situation de l'accueil de l'enfant visiteur. Cette rencontre questionne quant à la place du dispositif de pédopsychiatrie de liaison et ses limites d'intervention.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative des représentations de la place du dispositif de pédopsychiatrie de liaison en réanimation adulte, menée à partir de 20 entretiens avec 10 professionnels de "Pédopsychiatrie et psychiatrie adulte de liaison" et 10 professionnels de l'unité C de "Réanimation" du CHRU de Lille, réalisés puis analysés selon une analyse thématique du discours.

Résultats : L'existence du dispositif de pédopsychiatrie de liaison est majoritairement connue de l'ensemble des professionnels mais sa composition effective l'est nettement moins. Les missions de ce dispositif demandent à être clarifiées même si les principales sont bien repérées. Les situations aboutissant occasionnellement à la sollicitation du dispositif se centrent autour de la question de l'enfant visiteur. L'éclairage psychopathologique de la clinique du "trauma" nous a permis de mieux comprendre ces demandes ponctuelles des professionnels de réanimation. Devant une situation pouvant susciter un vécu d'inspiration traumatique, les demandes des professionnels de réanimation renvoient à la fonction de contenance assurée par les professionnels de soins psychiques intégrés aux équipes soignantes.

Conclusion : Cette mission s'inscrit préférentiellement dans un travail de seconde ligne et correspond particulièrement aux missions des psychologues intégrés et engagés auprès des équipes soignantes.

INTRODUCTION

Interne en cinquième semestre de DES de psychiatrie, j'effectue mon premier stage de pédopsychiatrie au sein du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHRU de Lille et plus particulièrement dans l'unité fonctionnelle de pédopsychiatrie de liaison en pédiatrie.

Un midi, je reçois un appel de la réanimation médicale adulte avec une demande d'évaluation de notre part concernant les enfants d'une patiente hospitalisée dans leur service. Le pronostic vital de cette patiente est engagé à court terme. Le mari de cette dame a, le matin même, transmis à l'équipe soignante le souhait que leurs six enfants rendent visite à leur mère. Il souhaite être accompagné dans cette démarche.

Cet échange téléphonique est emprunt d'une charge émotionnelle intense. La demande ne concernant pas des enfants hospitalisés, et le motif d'inquiétude pédopsychiatrique n'étant pas aisément identifiable, je me rends dans le service de réanimation pour en échanger directement avec les collègues.

A l'arrivée dans le service, je comprends que le père de famille a exprimé à l'équipe ses difficultés à aborder la situation de la mère avec ses enfants et demande de l'aide à ce sujet. Si le service a l'habitude d'accueillir des familles en visite, ils n'ont guère l'habitude de recevoir des enfants. Le médecin est mis en difficulté par cette demande et sollicite un entretien pédopsychiatrique au préalable afin d'écartier une éventuelle contre indication à cette visite. L'équipe de réanimation a par ailleurs déjà travaillé à bien des modalités d'organisation concrètes de la visite.

Le collègue souhaite que je me rende disponible le jour de l'accueil, alors que de ma place d'interne en pédopsychiatrie de liaison, cette demande apparait à la

marge des missions de l'unité dans laquelle je travaille, d'autant plus avant la visite à leur mère.

Sensible à la demande de l'équipe, nous convenons de recevoir conjointement le père et les enfants le jour de leur venue.

Nous accueillons donc ensemble le père et les enfants. A partir des connaissances et représentations que les enfants ont de la situation, le médecin réanimateur apporte des explications adaptées et ajustées à leurs âges, concernant la santé de leur mère et les soins qui lui sont prodigués. Un dialogue s'instaure autour de la situation et la parole des enfants se libère. Du point de vue pédopsychiatrique, l'attitude des enfants semble adaptée à la situation. Le père, peut-être sidéré, participe aux échanges après un temps de silence.

La famille est ensuite accompagnée dans la chambre de la patiente, puis laissée dans l'intimité. Nous convenons de nous revoir en entretien au décours immédiat de la visite.

Nous nous retrouvons donc en salle des familles. Les observations et retours sont adaptés. En particulier, je ne relève pas de symptomatologie en faveur d'éléments anxieux, dissociatifs ou traumatiques chez les enfants. Les émotions sont présentes et semblent adaptées au contexte.

Après leur départ, nous discutons ensemble du déroulé et du vécu de ce temps d'accueil. Il semble que l'anxiété anticipatrice ressentie par l'équipe se soit instantanément amendée.

Une semaine plus tard, je rappelle le service afin de m'informer de l'évolution de la situation. Les enfants reviennent régulièrement dans le service, sans inquiétude particulière de l'équipe. Le dispositif de pédopsychiatrie de liaison n'a plus été interpellé pour cette situation par la suite.

Cette expérience singulière a suscité de nombreux mouvements, tant au sein de la famille, que de l'équipe et de moi-même. Elle interroge la place donnée au dispositif alors qu'il ne s'agit pas ici du cadre habituel de ses missions. En effet, il

s'agit de la fonction de contenance et de la capacité à faire circuler la parole autour d'une situation, qui a effracté tant le père de famille que les professionnels, qui étaient attendues ici, plus que des connaissances théoriques pédopsychiatriques. Il n'est pas question de se substituer au personnel soignant dans cette démarche mais de l'accompagner dans la dimension humaine et émotionnelle des soins.

A partir d'une étude des représentations de la place de la pédopsychiatrie de liaison en réanimation adulte, il s'agit de mieux comprendre la clinique au contact de laquelle nous sommes confrontés autour de cette situation teintée d'angoisse de mort majeure.

Dans une première partie, nous présentons la pédopsychiatrie de liaison et plus spécifiquement l'unité fonctionnelle de pédopsychiatrie de liaison du CHRU de Lille ainsi que le service de réanimation médicale adulte, particulièrement la question de la place de l'enfant et la famille dans ce service. L'étude est présentée dans une seconde partie avant d'être discutée et d'ouvrir à des pistes de réflexions psychopathologiques autour de ce travail.

GENERALITES

I. La Pédopsychiatrie de liaison

A. Historique et cadre législatif

En Europe, la psychiatrie de liaison se développe dans les années 1970 d'abord au sein des services "adultes" avec l'apparition des premières unités de liaison en Suisse (Schneider à Lausanne). La psychiatrie s'installe en France à l'hôpital général dans les années 1970: c'est la création des urgences psychiatriques à l'hôtel Dieu (1975-Grivois). Le premier service de psychiatrie de liaison naît à Paris en 1975 à l'hôpital Broussais (Consoli)(1).

Concernant la pédopsychiatrie, la première rencontre entre pédiatrie et pédopsychiatrie remonte également aux années 1970 avec les travaux menés en néonatalogie par L.Kreisler. On considère que c'est à l'hôpital Saint Vincent de Paul à Paris que naît la pédopsychiatrie de liaison en France avec l'ouverture de la consultation de pédopsychiatrie par L.Kreisler et M.Soulé (1).

Dès lors plusieurs vagues successives marqueront l'essor de cette discipline. Notamment dans les années 1980-1990, elle se développe particulièrement autour des soins en périnatalité.

Actuellement cette articulation pédiatrie/pédopsychiatrie vient régulièrement se confronter à des questionnements éthiques et déontologiques soulevés par l'avancée technologique de la médecine moderne.

Néanmoins en France, il n'existe aucun texte spécifique qui régit la psychiatrie de liaison d'enfants. La circulaire du 14 mars 1972 et celle du 14 mars 1990 insistent sur "la nécessaire présence, permanente, de soignants psychiatriques à l'hôpital général", ainsi que sur "le développement des soins psychiatriques dans ces hôpitaux ». Le rapport Massé (1992) insiste d'une part sur la nécessité de développer la pédopsychiatrie de liaison ; il en précise d'autre part les spécificités(2). La circulaire 70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents, prévoit la pédopsychiatrie

de liaison à l'hôpital général dans une perspective intégrative de la pédopsychiatrie et de la psychologie(3).

B. Définitions et concepts

La psychiatrie de liaison, au sens large, est un concept apparu chez les anglo-saxon avec le terme: "consultation-liaison pedopsychiatry". La traduction littérale de ce terme, "psychiatrie de consultation-liaison" insiste sur la bipolarité de l'intervention psychiatrique à l'hôpital général: un "pôle consultation" adressé aux patients et sa famille et un "pôle liaison" adressé aux équipes soignantes(1).

Dans les années 1970, Lipowski ouvre le premier service de consultation-liaison au Canada et définit la psychiatrie de liaison par "toutes les activités de diagnostic, de thérapeutique, de recherche et d'enseignement des professionnels en santé mentale au sein des divisions non psychiatriques des hôpitaux généraux"(1) .

En 2004 en France, Desembre, Malvy et Wiss adoptent la définition suivante: "La pédopsychiatrie de consultation liaison est l'ensemble des prestations cliniques, thérapeutiques, préventives, pédagogiques et de recherche prodiguées par l'équipe pédopsychiatrique dans les autres sections de l'hôpital pédiatrique".(1)

Comme le dit Apter, l'activité de liaison ne se contente pas seulement de prendre en compte la part psychologique et/ou les conséquences psychiques d'une maladie somatique, elle se doit d'appréhender aussi la dimension intrapsychique de l'enfant, qui se manifeste dans les liens avec sa famille et son environnement, les difficultés de séparation , qui s'expriment lors d'une hospitalisation, les capacités de l'enfant à faire face à un événement intercurrent. Ces manifestations sont autant d'éléments qui rappellent aux professionnels, comme à l'enfant et à sa famille, l'inaltérable « entièreté » de l'enfant et « ses liens avec le soma-psyché » (4).

De fait, les pédopsychiatres et psychologues de liaison travaillent en lien et en étroite collaboration avec les équipes de soins somatiques.

On peut dire qu'ils sont acteurs d'une même pièce, voire d'une même scène mais "n'opèrent" ni avec les mêmes outils, ni avec la même temporalité. Les préoccupations se partagent (pour l'enfant et sa famille) et les regards se croisent autour de l'enfant mais les modes de pensées diffèrent(5).

La pédopsychiatrie de liaison participe au travail pluridisciplinaire, tente de limiter les rivalités et de dépasser les clivages disciplinaires au profit de la prise en charge du patient et de sa famille(4).

Par extension, le travail pluridisciplinaire, en appui sur différents modèles de compréhension des troubles, favorise les possibilités de continuité des soins entre l'hôpital et l'environnement.(4)

La pédopsychiatrie de liaison nécessite donc de travailler en articulation étroite avec les somaticiens, en ayant conscience que le corps et la maladie font partie d'une réalité commune qui ne préjuge en rien de la réalité psychique beaucoup plus subjective(6).

C. L'unité fonctionnelle de pédopsychiatrie de liaison du CHRU de Lille

L'unité fonctionnelle de Pédopsychiatrie de liaison et de Psychologie hospitalière (Unité fonctionnelle 7158) est une équipe pluridisciplinaire non sectorisée de recours régional. Elle dépend du service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent appartenant au pôle de Psychiatrie, Addictologie, Médecine légale et Médecine en milieu pénitentiaire du CHRU de Lille.

1. Historique et cadre législatif

Historiquement, il existait des postes de psychologues dans les services de pédiatrie de l'hôpital Jeanne de Flandre créés à l'initiative de ces derniers. Le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent a secondairement alloué du temps pédopsychiatrique afin de répondre aux demandes et aux besoins croissants d'avis

pédopsychiatriques dans les services de pédiatrie. Certains des postes de psychologues sont aujourd'hui rattachés à l'unité fonctionnelle de pédopsychiatrie de liaison.

2. Composition

L'unité fonctionnelle est actuellement composée de cinq psychologues, deux pédopsychiatres, deux internes en psychiatrie, un externe en médecine et une cadre de santé.

Les cinq postes de psychologues sont rattachés aux services de:

- Chirurgie pédiatrique,
- Hématologie pédiatrique,
- Endocrinologie pédiatrique,
- Néphro-pédiatrie
- Réanimation pédiatrique.

D'autres postes de psychologues existent au sein des services de pédiatrie du CHRU de Lille, mais ne sont pas rattachés à l'unité fonctionnelle.

Les professionnels sont implantés à l'hôpital pédiatrique Jeanne de Flandre, point essentiel au regard des pratiques et des missions de l'unité fonctionnelle .

Ils interviennent sur les différents sites du CHRU de Lille lorsqu'il s'agit d'une demande concernant un enfant ou un adolescent hospitalisé.

3. Missions

La pédopsychiatrie de liaison répond à des missions de soins, d'enseignement, de formation et de recherche.

Les missions de soins se déclinent en missions de prévention, de dépistage, de diagnostic et enfin de traitement des troubles affectifs des enfants rencontrés dans les services de pédiatrie.

A ce jour, le dispositif de pédopsychiatrie de liaison et de psychologie hospitalière, inscrit au cœur de l'hôpital pédiatrique du CHRU de Lille s'adresse :

- aux nourrissons, enfants et adolescents, de 0 à 18 ans, suivis ou hospitalisés au CHRU de Lille.
- à leurs familles (parents, fratrie) lorsqu'il s'agit de problématiques en lien avec l'enfant suivi ou hospitalisé au CHRU de Lille
- aux équipes soignantes qui prennent en charge les enfants hospitalisés et/ou suivis.

Les missions de soins pédopsychiatriques et psychologiques se décomposent sous deux modalités d'exercice(7):

- Le travail de première ligne:

Il correspond aux interventions directes auprès des enfants et/ou leur famille qu'ils soient hospitalisés dans un services hospitalier du CHRU ou suivis en ambulatoire. Il consiste à donner un avis spécialisé concernant le patient.

Il mène à l'élaboration d'un projet thérapeutique partagé dans une perspective de prise en charge globale du patient. Le travail avec les familles y tient une place importante.

Les évaluations et suivis pédopsychiatriques sont réalisés par les pédopsychiatres et/ou les internes en pédopsychiatrie de l'unité fonctionnelle.

Les évaluations et suivis psychologiques sont honorés par les psychologues exerçant dans les services de pédiatrie. Un fois ce suivi engagé, le psychologue référent assure la continuité du suivi quelque soit le service d'hospitalisation.

➤ Le travail dit de seconde ligne:

Il correspond à un travail d'accompagnement des équipes hospitalières pédiatriques, assuré par les psychologues en poste dans les services.

Il est permis par l'implantation et l'implication des professionnels au cœur des équipes pédiatriques.

Il a pour but de sensibiliser les équipes aux aspects psychiques de leur activité.

Il peut prendre la forme de groupes de travail ou d'échanges informels centrés sur les questions de la relation soignants/soignés.

Ce travail, qualifié d' "interstitiel", nécessite d'être porté par des professionnels repérés par les équipes et engagés dans le travail de première ligne dans le service, pour faire trace auprès des équipes.

L'accord préalable de l'enfant et des responsables légaux est requis. Les soins proposés, sauf en situation d'urgence, garantissent la confidentialité des entretiens, répondant au secret médical.

A ces missions s'ajoute également le travail partenarial et de relais avec les partenaires extérieurs pour une meilleure coordination du parcours de soins.

II. La réanimation médicale: concepts théoriques et place des familles

A. Historique et définitions

La réanimation médicale est née en France en 1954, grâce aux progrès techniques de l'après-guerre. Les grands précurseurs de cette discipline sont C.Bernard au XIXème siècle et le Professeur Hamburger au XXème siècle. Ce dernier réalisa, pour la première fois au monde, une séance d'hémodialyse en 1954. A cette même date ouvre le centre de réanimation neuro-respiratoire à l'hôpital Claude

Bernard permettant d'assurer aux grands paralytiques une assistance ventilatoire par voie externe. S'en suivent les progrès concernant les maladies contagieuses (polyomyélite, tétanos) ou encore le coma barbiturique profond, cause la plus fréquente des suicides avant 1960(8).

On comprend ainsi que la réanimation révolutionne la thérapeutique et les pronostics des maladies aiguës avec défaillances des fonctions vitales.

Elle définit une "nouvelle médecine", basée sur une approche physiopathologique bioclinique des signes de gravité et sur des moyens thérapeutiques lourds issus des techniques les plus modernes (reins artificiels et respiration assistée par appareil mécanique par exemple).

Son développement est une révolution dans les pratiques hospitalières et la naissance d'une médecine qu'on pourrait qualifier de "technico-biologique"(8).

Les soins de réanimation sont définis dans le Code de Santé publique par "des soins destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës circulatoires, rénales et respiratoires, mettant directement en jeu leur pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance telles que la ventilation artificielle, le support hémodynamique, l'assistance rénale(9).

B. Pôle de réanimation du CHRU de Lille

La réanimation polyvalente adulte du CHRU de Lille se situe à l'hôpital Roger Salengro. Le pôle de réanimation est composé de cinq unités (A,B,C,D,E) disposant chacune de dix lits d'hospitalisation, de deux unités de surveillance continue et d'une unité de soins intensifs.

L'unité C, que j'ai choisie pour réaliser l'étude, accueille diverses pathologies dont la décompensation justifie des soins de réanimation avec une sur spécialisation

centrée sur les pathologies du péripartum. Elle a une capacité d'accueil de dix lits d'hospitalisation.

L'équipe médicale est composée d'un chef de service, de trois praticiens hospitaliers, d'un chef de clinique, d'internes et étudiants hospitaliers.

L'équipe paramédicale est composée d'un cadre de santé, de vingt-deux infirmiers, de quinze aides-soignants, d'un kinésithérapeute et d'une assistante sociale.

Il n'y a à ce jour pas de poste psychologue au sein du pôle de réanimation adulte mais sa création est en projet.

C. La place des familles en réanimation adulte

Née sous la double contrainte des défaillances vitales et des pathologies infectieuses, la réanimation constitue un secteur ultra-protégé qui limite la présence des familles(10).

C'est un service hospitalier singulier, où l'urgence somatique au premier plan et les nombreux facteurs de stress, laisseraient peu de place à la dimension relationnelle des soins. Pourtant le patient en réanimation et son entourage, ont besoin de contact, de soutien, et de communication(11).

Pendant longtemps, les services de réanimation ont mené une politique d'accueil restrictive maintenant patient et famille dans l'isolement. Cependant ces dernières années, l'amélioration de la qualité de vie en réanimation devient une priorité et les services changent leur politique d'accueil dans le sens de l'ouverture aux familles(12).

1. Cadre légal et pratiques hospitalières

A l'échelle internationale, la Convention Européenne des Droits de l'Homme précise que le patient peut recevoir dans sa chambre les visites de son choix. Cette

autorisation relève du droit au respect de la vie privée de la personne et de sa vie de famille(13).

Il doit s'exercer au sein des établissements hospitaliers dans le respect de l'intimité et du repos des autres personnes hospitalisées, sans gêner le fonctionnement du service.

En France, le droit de visite des patients fait l'objet de dispositions mentionnées dans les articles R1112-47 et 48 du Code de Santé Publique(14) (15) et dans l'article 9 du Code Civil(16). La Charte de la personne hospitalisée rappelle dans son point IX les modalités d'accueil de ces visites sans spécificité autour de l'enfant visiteur(17).

La conférence de consensus "Mieux vivre en réanimation", coordonnée par le professeur Fourrier et publiée en 2009, a pour objectif de proposer des recommandations permettant aux patients, à leur familles et aux personnels soignants de mieux vivre la réanimation. Elle s'appuie sur des études en partie réalisées en réanimation pédiatrique portant sur le vécu des patients, familles et soignants(18). La recherche des barrières au mieux vivre, l'amélioration de l'environnement et de la communication sont autant de thématiques abordées dans cette conférence.

Quelques données scientifiques issues de la conférence sont reprises ici:

- La restriction de l'accès aux proches y est décrite comme "un inconfort" pour les patients. De leur côté, les familles, souvent anxieuses et déprimées, ne comprennent pas bien la prise en charge d'autant plus que l'accès au service leur est restreint. Ces incompréhensions peuvent être source de tension entre patient , famille et équipes soignantes.

Ainsi, sous réserve des nécessités de soins et de la volonté du patient, la présence des proches doit être rendue possible sans restriction d'horaires. De même la présence des enfants du patient doit être facilitée et encadrée(10).

- La liberté d'accès permet une plus grande satisfaction des patients et des familles. Sous réserve que ces dernières respectent les mesures préconisées par l'équipe, elle n'induit pas d'augmentation du risque d'événement septique pour le patient, ni de diminution de la qualité globale des traitements **(19)**. Au contraire la présence accrue des familles est possible, souhaitable et bénéfique**(19)**.
- En matière de communication, la réalisation d'entretiens structurés le plus régulièrement possible avec le patient et sa famille notamment pour l'annonce d'une mauvaise nouvelle est largement conseillée **(20)**.
- Il est également suggéré de mettre en place des groupes de parole au sein des équipes soignantes qui réuniraient l'ensemble des soignants. Chacun pourrait s'y exprimer librement à propos d'évènements jugés difficile à vivre.
- Concernant le processus décisionnel, il y est précisé que les spécialistes consultants ou d'autres partenaires (psychologues – représentants du culte – acteurs sociaux – bénévoles) peuvent être sollicités dans le cadre des démarches collégiales, quand le processus décisionnel échoue à définir un projet consensuel.

Au CHRU de Lille, le règlement intérieur explicite les recommandations aux visiteurs dans les articles 111 et 112.

En l'absence de textes légiférant strictement sur la question de l'accueil de l'enfant visiteur en réanimation adulte, c'est le pôle de réanimation lui-même qui régit ces questions.

En réanimation médicale adulte au CHRU de Lille, les visites sont autorisées 24h/24 et réservées aux personnes proches. Pour le respect du repos du patient, deux visiteurs en même temps sont autorisés dans la chambre dans la limite de six par jour.

Quelques restrictions s'appliquent:

- chaque jour, en fonction de l'état de santé du patient, le médecin référent peut être amené à restreindre la durée des visites.
- l'accord du patient est respecté pour chaque visite.
- il n'est pas souhaitable de multiplier les allers-retours entre la chambre et l'accueil
- les visites ne sont pas possibles de 13 h à 14h pour raisons de services.

Aucun élément au sujet des mineurs n'est mentionné dans ces divers documents alors que l'accès des enfants en réanimation soulève bien des questionnements éthiques et pratiques.

En 2010, un livret d'accueil a été conçu par l'équipe soignante de réanimation et quelques psychologues de pédiatrie. Ce livret aborde les questions d'organisation des soins et des visites dans l'unité C. Il est actuellement délivré aux familles lors de la première visite lorsqu'elles sont reçues par le médecin et l'infirmière.

2. L'enjeu de l'accueil des enfants

Accueillir un enfant en réanimation adulte est encore un événement peu fréquent qui a longtemps fait débat dans les sociétés savantes d'anesthésie et de réanimation(10).

Les équipes, bien qu'adhérant au principe, y mettent encore un certain nombre de réserves(21). En pratique, l'accueil des enfants est encore soumis à de nombreuses restrictions.

Comme le précise Weber dans son article portant sur les visites des enfants en réanimation, un certain nombre de raisons sous tendent ces résistances(22).

- Les principaux freins à l'ouverture concernent particulièrement la protection psychologique de l'enfant. Les équipes témoignent d'un désir de le protéger du traumatisme de voir son parent hospitalisé, entouré d'une machinerie complexe.
- La protection des malades de la fatigue occasionnée, celle des accompagnants du stress supplémentaire engendré ou encore la garantie de la tranquillité des soignants lors des soins sont classiquement évoquées.
- La protection face au risque infectieux est régulièrement pointée du doigt alors que les études ne corroborent pas cette réalité .
- Le manque de temps et/ou de préparation à ces visites est avancé par les équipes.

S'il existe des arguments de réalité pratique justifiant ces résistances, il existe également des éléments à tonalité émotionnelle. Les professionnels, peu sensibilisés peuvent être en difficulté pour accueillir ces situations à forte connotation affective.

L'étude de Blot de 2006 sur l'accueil des enfants en réanimation se penche sur les raisons qui plaident en la faveur de leur visite en considérant la complexité des mécanismes de défense que ces enfants élaborent dans ce contexte(23).

- Elle rappelle qu'informer l'enfant de la situation du parent hospitalisé est nécessaire car l'absence de communication risque d'amplifier son désarroi, tout en empêchant de le partager et le mettre en mot. L'enfant perçoit inexorablement la réalité de la maladie à travers la détresse plus ou moins dissimulée de son entourage ou encore les conversations à "mots couverts".
- Par ailleurs l'imagination de l'enfant reconstruit souvent un univers au moins aussi traumatisant que la réalité elle-même tant il est abreuvé d'images et d'informations.
- Enfin le devoir de vérité et de transparence garantit la confiance future de l'enfant pour son ou ses parents. Il permet aussi d'éviter le sentiment de culpabilité qui naît parfois spontanément chez les enfants et les familles dans un contexte de maladie et qui n'est pas toujours conscient. Il constitue également un bénéfice pour l'enfant par l'anticipation des conséquences du séjour en réanimation de son parent, y compris en cas d'évolution défavorable.

Même si les arguments en faveur de leur visite sont nombreux, cette situation reste particulièrement anxiogène pour les équipes.

Une enquête sur le sentiment des soignants concernant l'accueil des enfants en réanimation chirurgicale adulte parue en 2013 révèle que la présence d'enfants peut-être acceptée sous condition d'une procédure formalisée, avec l'implication d'un psychologue et après évaluation de l'enfant(24).

Dans la pratique, les services de réanimation font parfois appel à des professionnels "psy" pour les soutenir dans cette démarche. C'est autour de ces préoccupations partagées que les services de réanimation adulte du CHRU et l'unité fonctionnelle de pédopsychiatrie de liaison ont mis en place en 2010 des groupes de travail.

III. Rencontres entre Pédopsychiatrie de liaison et Réanimation adulte

En 2010, 2011 un groupe de travail portant sur l'accueil des jeunes enfants et l'annonce de mauvaise nouvelle s'est mis en place à la demande du pôle de réanimation. Certains professionnels du dispositif de pédopsychiatrie de liaison ont participé à cette réflexion.

Il s'agissait de réflexions autour des expériences concernant les enfants de parents hospitalisés en réanimation. Les équipes recherchaient alors un avis "psy", recouvrant des aspects éthiques et experts dans la communication avec l'enfant dans ces situations.

La rencontre entre ces deux entités soignantes a largement participé au bon déroulement de l'accueil du patient et sa famille. Les échanges ont permis de travailler les représentations qu'elles avaient, l'une et l'autre, de leurs missions respectives.

Ces réflexions et rencontres ont abouti à l'élaboration de différents outils tels qu'une trame d'entretien avec l'enfant, une charte de l'enfant visitant, et le livret d'accueil des familles précédemment cité.

Malgré la mise en place de ces outils, l'interpellation du dispositif de pédopsychiatrie de liaison reste parfois nécessaire.

Autour de ces situations, nous émettons l'hypothèse qu'il s'agisse davantage de la question de l'appréhension sur le plan émotionnel et affectif que des modalités pratiques de leur réalisation, tenant compte du fait que ces aspects de la rencontre ne peuvent être protocolisés.

Afin de tenter d'éclaircir ce qui sous tend ces sollicitations qui restent peu fréquentes, nous allons maintenant présenter une étude qualitative portant sur les représentations de la place de la pédopsychiatrie de liaison en réanimation adulte.

MATERIELS ET METHODES

I. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'explorer la représentation de la place de la pédopsychiatrie de liaison chez les professionnels du dispositif de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte de liaison et chez les professionnels de l'unité C de réanimation médicale adulte.

Les objectifs secondaires sont d'identifier les besoins du service de réanimation en matière de psychiatrie/psychologie et d'améliorer les conditions d'accueil de l'enfant visiteur en réanimation.

II. Hypothèses

Cette étude a pour vocation de faire un état des lieux des représentations interprofessionnelles de la place du dispositif de pédopsychiatrie de liaison en réanimation médicale adulte.

Nous explorerons si :

- les représentations de la composition et des missions du dispositif de pédopsychiatrie de liaison sont congruentes chez les professionnels des deux groupes et correspondent au projet thérapeutique du dispositif.
- les demandes adressées au dispositif de pédopsychiatrie de liaison par l'unité de réanimation correspondent à des situations cliniques à forte charge émotionnelle plutôt qu'à des situations cliniques pédopsychiatriques stricto sensu.
- les besoins de l'unité de réanimation correspondent davantage à une demande d'étayage des équipes qu'à une intervention directe du dispositif de liaison auprès des enfants et familles de patients adultes hospitalisés.

III. Méthodologie

Cette étude est qualitative. La recherche qualitative est une démarche méthodologique permettant l'exploration d'un sujet du point de vue des personnes qui y sont impliquées. Elle met l'accent sur la découverte et la compréhension de la signification d'expérience vécues(25).

Elle s'adapte particulièrement au recueil des représentations qui sont définies par Clenet, Professeur en science de l'éducation, par des produits de l'esprit humain, interfaces symboliques entre l'individu et son environnement perçu, forcément teintées de subjectivité.

Les entretiens ont pour but de connaître le point de vue et les perceptions des professionnels directement impliqués dans le phénomène à l'étude.

L'outil utilisé est un entretien individuel, s'appuyant sur un questionnaire, comprenant cinq questions semi ouvertes, adressé aux professionnels sélectionnés.

Le questionnaire est mené par la même personne et demeure identique pour tous les professionnels interrogés.

Les entretiens sont enregistrés avec accord des professionnels afin de restituer intégralement le contenu des réponses formulées.

L'autorisation du comité de protection des personnes n'est pas nécessaire puisque seuls des professionnels étaient interrogés.

L'analyse des données est une analyse thématique du discours. Ce type d'analyse repère et catégorise les différents thèmes abordés pendant l'entretien. La première étape est une lecture de l'ensemble des entretiens afin d'en dégager des catégories thématiques. L'occurrence des différents thèmes, entretien par entretien, est ensuite comptabilisée.

Le recueil des données a été réalisé de novembre 2015 à mai 2016.

Le questionnaire est le suivant :

- 1) Connaissez-vous l'existence du dispositif de pédopsychiatrie de liaison du CHR de Lille ? Si oui, connaissez-vous en sa composition?
- 2) Quelles sont selon vous les missions du dispositif de pédopsychiatrie de liaison ?
- 3) En réanimation adulte, pour quel(s) types de situation(s) pensez-vous qu'une intervention du dispositif de pédopsychiatrie de liaison serait nécessaire ? Lesquelles relèveraient, selon vous, en première intention de l'intervention d'un psychologue? D'un pédopsychiatre ?
- 4) Quels seraient pour vous les propositions ou aménagements qui permettraient un meilleur partenariat réanimation/dispositif de pédopsychiatrie de liaison ?
- 5) Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

IV. Population

- La population étudiée comprend 2 groupes de 10 professionnels, soit un total de 20 professionnels.
- Le premier groupe est le groupe "Pédopsychiatrie et Psychiatrie adulte de liaison" et le second est le groupe "Réanimation"
- Le groupe "Pédopsychiatrie et Psychiatrie adulte de liaison" comprend 7 professionnels du dispositif de Pédopsychiatrie de liaison et 3 professionnels du service de Psychiatrie de liaison adulte du CHRU de Lille.

- Ces professionnels ont été informés de l'étude par présentation orale du projet au cours de réunions de service. Il nous semblait pertinent d'associer au sein du même groupe des professionnels de liaison de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte puisque les deux services peuvent être interpellés en réanimation autour de ces mêmes questions.

Parmi ces professionnels, tous les corps de métiers sont présents dans le souci de représenter la diversité des équipes.

Parmi les professionnels du dispositif de Pédopsychiatrie de liaison, on retrouve 5 psychologues, 1 pédopsychiatre et 1 interne de pédopsychiatrie.

Parmi les professionnels du psychiatrie adulte de liaison, on compte 1 psychologue, 1 infirmière et 1 psychiatre.

- Le groupe "Réanimation" comprend 10 professionnels de l'unité C du pôle de réanimation adulte de l'hôpital Salengro du CHRU de Lille.

Les professionnels ont été informés par le cadre de santé, à qui nous avons pu préalablement présenter ce travail. Ceci a été rendu possible grâce à l'accord du Professeur responsable du pôle et de la cadre supérieure de santé.

Dans ce groupe, tous les corps de métiers sont représentés par souci de représentativité: 2 aides-soignantes, 2 infirmières, 1 cadre de santé, 1 cadre supérieure de santé, 1 assistante sociale, 1 interne d'anesthésie réanimation, 1 médecin réanimateur et 1 Professeur Universitaire-Praticien hospitalier;

RESULTATS

Les résultats sont présentés dans l'ordre des questions posées, chaque question sera rappelée en début de paragraphe. Ils sont décrits sous forme de tableaux complétés de commentaires explicatifs.

La durée des entretiens variait entre une dizaine et une cinquantaine de minutes, avec une durée moyenne globale de 20 minutes (ET:10min). La durée moyenne des entretiens était de 27 minutes (ET:11min) dans le groupe "Pédopsychiatrie et psychiatrie adulte de liaison" et de 13 minutes (ET:3min) dans le groupe "Réanimation".

I. Question 1:

*Connaissez vous l'existence du dispositif de pédopsychiatrie de liaison?
Et si oui, connaissez vous en sa composition?*

Tableau 1 : Effectifs des professionnels connaissant ou non l'existence du dispositif de Pédopsychiatrie de liaison dans les 2 groupes

Connaissiez vous son existence? \ Groupes	Pédopsychiatrie et Psychiatrie adulte N=10	Réanimation N=10	Total N=20
Oui	10	7	17
Non	0	3	3

- Les professionnels interrogés connaissent majoritairement l'existence du dispositif de pédopsychiatrie de liaison(17/20).
- Seuls 3 professionnels de "**Réanimation**" ne connaissent pas son existence. Il s'agit de 2 aides-soignantes et une infirmière.

Et si oui, en connaissez-vous sa composition?**Tableau 2: Effectifs selon l'état de connaissance de la composition du dispositif de Pédopsychiatrie de liaison dans les 2 groupes**

Connaissiez vous sa composition? \ Groupes	Pédopsychiatrie et Psychiatrie adulte N=10	Réanimation N=7	Total N=17
Oui	7	0	7
Non	1	2	3
Approximativement	2	5	7
Ne sait pas répondre	0	0	0

Cette question fermée nous renseigne sur la représentation qu'a chaque professionnel de sa propre connaissance de la composition du dispositif.

- Seuls les professionnels connaissant l'existence du dispositif répondent à cette question, soit 10 professionnels du groupe "**Pédopsychiatrie et psychiatrie de liaison**" et 7 professionnels du groupe "**Réanimation**".
 - Seuls les professionnels du dispositif de pédopsychiatrie de liaison lui même (7/7) affirment en connaître sa composition.
 - Les autres professionnels (10/17: 3 professionnels de la "Psychiatrie adulte de liaison" et 7 professionnels de "Réanimation") pensent ne pas connaître ou connaître approximativement la composition de l'unité.
- *Si l'existence du dispositif de pédopsychiatrie de liaison est majoritairement connue (17/30), les représentations de l'état de connaissance de la composition sont hétérogènes dans les deux groupes.*

Quelle est elle?**Tableau 3: Composition du dispositif de Pédopsychiatrie de liaison selon les 2 groupes**

Groupes / Composition	Pédopsychiatrie et Psychiatrie N=9	Réanimation N=5	Total N=14
Médecins	9	5	14
Psychologues	9	2	11
Infirmiers	0	4	4
Assistante sociale	0	1	1

- Seuls les professionnels connaissant l'existence du dispositif et pensant en connaître la composition même approximativement, répondent à cette question. (14 professionnels de l'effectif total dont 9 appartenant au groupe "Pédopsychiatrie et psychiatrie adulte de liaison" et 5 au groupe "Réanimation".)

Quatre corps de métiers sont cités: les médecins, les psychologues, les infirmiers et l'assistante sociale. La catégorie "Médecins" inclut les psychiatres, pédopsychiatres, assistants ou chefs de clinique et internes.

➤ *Les représentations de la composition du dispositif sont très différentes dans les deux groupes.*

- La totalité des professionnels du groupe "**Pédopsychiatrie et Psychiatrie adulte de liaison**" répondant à la question (9/9) citent les deux corps de métiers constituant le dispositif: les médecins et les psychologues.
- Les professionnels du groupe "**Réanimation**" répondant à la question citent systématiquement le corps des "Médecins" (5/5), le corps des "Psychologues" est cité par deux d'entre eux(2/5).
Sont également mentionnés, les corps "Infirmiers" (4/5) et "assistante sociale"(1/5) ne faisant pas partie du dispositif actuel.

- *Si l'existence du dispositif est bien connue, sa composition l'est beaucoup moins. Les professionnels ont une bonne appréciation de leur niveau de connaissance du dispositif.*
- *La composition effective du dispositif n'est pas bien connue des professionnels du groupe "Réanimation". Les psychologues sont peu identifiés et certains corps de métiers n'appartenant pas au dispositif sont évoqués. La cadre de santé n'est citée par aucune des deux équipes.*

II. Question 2:

Quelles sont , selon vous, les missions du dispositif de pédopsychiatrie de liaison?

Pour faciliter la lecture des réponses à cette question, nous avons organisé et rassemblé les diverses propositions émises par les professionnels en plusieurs catégories:

- Accompagnement psychologique des enfants et familles
- Evaluation pédopsychiatrique des adolescents
- Soutien aux équipes soignantes
- Travail de lien
- Recherche et formation

Tableau 3: Missions du dispositif de Pédopsychiatrie de liaison

Groupes Missions	Pédopsychiatrie et Psychiatrie (N=10)	Réanimation (N=10)	Total (N=20)
Accompagnement psychologique:			
Des enfants:			
• hospitalisés	8	3	11
• suivis en ambulatoire	6	0	6
• visiteurs	1	4	5
Des familles	8	0	8
Evaluation pédopsychiatrique:			
• Avis Diagnostique et thérapeutique	5	5	10
• Evaluation du risque suicidaire	2	2	4
Soutien aux équipes soignantes:			
• sensibilisation, débriefing, groupe de parole	8	6	14
Travail de lien:			
• Coordination entre les divers professionnels médicaux	6	2	8
• Orientation médico- psychologique	6	2	8
• Orientation médico- sociale	2	2	4
Recherche et Formation	2	0	2
Ne sait pas répondre	0	2	2

- La majorité des professionnels interrogés ont répondu à cette question(18/20).
- Globalement, **les deux groupes** déclinent les principales missions du dispositif: l' accompagnement psychologique, l'évaluation pédopsychiatrique, le soutien aux équipes ainsi que le travail de lien.
- Les propositions émises par le groupe "**Pédopsychiatrie et Psychiatrie adulte de liaison**" se répartissent assez uniformément entre:
 - l'accompagnement psychologique des enfants hospitalisés(8/10), des enfants suivis(6/10) et des familles(8/10)
 - le soutien des équipes soignantes (8/10)
 - l'évaluation pédopsychiatrique (7/10: 5 professionnels citent l'avis diagnostique et thérapeutique et 2 professionnels citent l'évaluation du risque suicidaire)
 - le travail de lien (6/10 évoquent la coordination entre les différents professionnels médicaux et l'orientation médico-sociale)
- Les propositions émises par le groupe "**Réanimation**" sont plus restreintes et se répartissent de manière plus hétérogène :
 - l'évaluation pédopsychiatrique (7/10: 5 professionnels citent l'avis diagnostique et thérapeutique et 2 professionnels l'évaluation du risque suicidaire)
 - le soutien aux équipes soignantes (6/10)
 - l'accompagnement psychologique des enfants, principalement visiteurs (4/10).
- Les professionnels de "**Réanimation**" identifient à la fois des missions pédopsychiatriques et d'autres de soutien aux équipes soignantes et d'accompagnement psychologique des enfants visiteurs. L'accompagnement psychologique des familles n'est pas abordée dans cette question.

- Les missions de recherche et de formation sont peu rapportées par les deux groupes.
- *Si les principales missions proposées se retrouvent dans les deux groupes, les occurrences diffèrent, en particulier les missions d'accompagnement des familles ne sont aucunement citées par les professionnels de réanimation dans cette question.*

III. Question 3:

Pour quel(s) type(s) de situation(s) en réanimation adulte pensez vous qu'une sollicitation du dispositif de pédopsychiatrie de liaison serait nécessaire? Lesquelles relèveraient, selon vous, en première intention de l'intervention d'un psychologue? D'un pédopsychiatre?

Pour analyser les réponses à cette question, nous avons organisé et rassemblé les différentes propositions émises en 2 situations principales:

- Celle de l'enfant visiteur comprenant l'accueil et l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

- Celle de l'adolescent hospitalisé comprenant l'adolescent suicidaire ou l'adolescent présentant une symptomatologie pédopsychiatrique au cours d'une hospitalisation pour une décompensation somatique.

Tableau 5: Situations en Réanimation nécessitant l'intervention du dispositif de pédopsychiatrie de liaison selon les 2 groupes

Groupes:	Pédopsychiatrie et Psychiatrie (N=10)	Réanimation (N=10)	Total (N=20)
Les situations:			
L'enfant visiteur			
- l'accueil	6	9	15
- l'annonce d'une mauvaise nouvelle	5	6	11
L'adolescent hospitalisé			
- L'adolescent suicidaire	2	0	2
-L' adolescent présentant une symptomatologie psychiatrique	4	1	5

- C'est la situation de l'enfant visiteur (accueil:15/20 et annonce de mauvaises nouvelles:11/20) qui apparait au premier plan, largement plus évoquée que celle de l'adolescent hospitalisé (adolescent suicidaire:2/20 et autre symptomatologie psychiatrique: 5/20) dans **les deux groupes**.
- **Le groupe "Réanimation"** évoque majoritairement la situation de l'enfant visiteur surtout sur le plan de l'accueil (9/10) et dans une moindre mesure autour de l'annonce diagnostique (6/10). L'adolescent hospitalisé n'est évoqué que par un seul professionnel dans ce groupe.
- **Le groupe "Pédopsychiatrie et psychiatrie adulte de liaison"** évoque principalement la situation de l'enfant visiteur en ce qui concerne l'accueil (6/10) et l'annonce d'une mauvaise nouvelle (5/10). Dans une moindre proportion il évoque aussi celle de l'adolescent hospitalisé : l'adolescent suicidaire (2/10) et l'adolescent présentant une symptomatologie psychiatrique (4/10).

Lesquelles relèveraient , selon vous, en première intention de l'intervention d'un psychologue? D'un pédopsychiatre?

A partir des réponses proposées à la question précédente, nous avons interrogés les professionnels au sujet du corps de métiers (pédopsychiatre, psychologue ou les deux professionnels conjointement) qu'ils associaient aux diverses missions précédemment citées.

Tableau 6: Professionnels associés aux différentes situations cliniques en réanimation selon les 2 groupes

Groupes Professionnel Concerné selon la situation	Pédopsychiatrie et Psychiatrie (N=10)	Réanimation (N=10)	Les 2 groupes (N=20)
L'enfant visiteur			
L'accueil:			
• Pédopsychiatre	0	0	0
• Psychologue	2	7	9
• Les deux	4	2	6
• Ne sait pas répondre	0	0	0
L'annonce d'une mauvaise nouvelle			
• Pédopsychiatre	0	1	1
• Psychologue	2	4	6
• Les deux	3	1	4
• Ne sait pas répondre	0	0	0
L'adolescent hospitalisé			
L'adolescent suicidaire			
• Pédopsychiatre	2	0	2
• Psychologue	0	0	0
• Les deux	0	0	0
• Ne sait pas répondre	0	0	0
L'adolescent hospitalisé présentant une symptomatologie psychiatrique			
• Pédopsychiatre	4	1	5
• Psychologue	0	0	0
• Les deux	0	0	0
• Ne sait pas répondre	0	0	0

- Dans **les deux groupes**, la situation de l'enfant visiteur est largement rattachée aux missions du psychologue: l'accueil (9/15) et l'annonce d'une mauvaise nouvelle (6/11).
La situation de l'adolescent hospitalisé, très peu évoquée, est exclusivement attribuée aux missions du pédopsychiatre: adolescent suicidaire (2/2) et adolescent présentant une symptomatologie psychiatrique (5/5).
 - Dans le groupe **"Pédopsychiatrie et psychiatrie adulte de liaison"**:
 - l'accueil des enfants visiteurs est attribué aux missions du psychologue seul (2/10) , aux missions partagées des psychologues et pédopsychiatres (4/10).
 - L'annonce d'une mauvaise nouvelle est associée aux missions du psychologue seul (2/10), aux missions partagées des deux professionnels (3/10).
 - Dans le groupe **"Réanimation"**:
 - l'accueil des enfants visiteurs est associé très majoritairement aux missions du psychologue seul (7/9), aux missions partagées des deux professionnels (2/10).
 - L'annonce d'une mauvaise nouvelle est associée aux missions du psychologue seul (4/10) et aux missions partagées des deux professionnels (1/10).
- *Si les missions respectives du corps des psychologues et des pédopsychiatres sont bien représentées, autour de certaines missions partagées rapportées comme telle dans le groupe "Pédopsychiatrie et psychiatrie de liaison" (accueil 4/10 et annonce 3/10) et le groupe "Réanimation" (accueil 2/10 et annonce (1/10), c'est nettement la place du psychologue seul qui se dégage dans les réponses apportées au sein du groupe Réanimation.*

IV. Question 4:

Quelles seraient, selon vous, les propositions et/ou aménagements qui permettraient un meilleur partenariat entre la réanimation adulte et le dispositif de pédopsychiatrie de liaison?

Pour analyser les réponses cette question, nous avons organisé et rassemblé les diverses propositions émises en deux sous-ensembles:

- Les mesures "générales" de communication, se traduisant par des temps d'échanges entre les deux équipes: présentation du dispositif et sensibilisation des équipes de réanimation à la psychologie médicale

- Les mesures plus "spécifiques" de nature organisationnelle, correspondant à des actions concrètes appliquées à une situation donnée : création d'un poste de psychologue, aménagement de "plages horaires", livret d'accueil...

Tableau 7: Propositions en vue d'améliorer le partenariat Dispositif de Pédopsychiatrie de liaison/ Réanimation selon les 2 groupes de professionnels

Groupes Propositions	Pédopsychiatrie et Psychiatrie (N=10)	Réanimation (N=10)	Total (N=20)
"Mesures générales"			
Présentation du dispositif: Projet médical	6	5	11
Sensibilisation des équipes à la Psychologie médicale	9	8	17
"Mesures spécifiques"			
Création d'un poste de psychologue en réanimation	3	5	8
Diffusion des coordonnées du dispositif (intranet, fascicule)	0	4	4
Création de " référents " dans les deux services	2	1	3
Mise en place de " plages horaire intervention en réanimation "	0	2	2
Aménagement d'un espace d'accueil pour les familles en réanimation	1	1	2
Elaboration d'un livret d'accueil en réanimation pour les familles	0	2	2
Organisation de groupe de parole pour les enfants visiteurs	1	0	1
Optimisation des transmissions de la réanimation au dispositif			

- Ce sont les propositions "générales", de sensibilisation des équipes à la problématique de l'enfant visiteur et la présentation du dispositif, qui sont le plus citées par **les deux groupes** (17/20 et 11/20).
 - Les propositions "spécifiques" organisationnelles sont moins évoquées dans **les deux groupes** (occurrences n'atteignant jamais la majorité) .
 - Dans **le groupe "Pédopsychiatrie et Psychiatrie adulte de liaison"**, les "mesures générales" (6/10; 9/10) sont davantage citées par rapport aux mesures "spécifiques" (3/10; 0/10; 2/10; 0/10, 1/10; 0/10; 0/10; 1/10).
 - Dans **le groupe "Réanimation"**, les mesures "spécifiques" sont plus fréquemment citées (5/10; 4/10; 1/10; 4/10; 1/10; 2/10; 1/10; 2/10; 2/10; 0/10) que les mesures "générales" (5/10; 8/10).
- *Si les deux groupes citent l'ensemble des mesures pour améliorer le partenariat entre les deux équipes, le groupe "Réanimation" évoque plus largement des mesures organisationnelles à mettre en place devant des situations données alors que le groupe "Pédopsychiatrie et psychiatrie adulte de liaison" appuie l'intérêt de temps d'échanges entre équipes.*

V. Question 5:

Souhaitez vous ajouter quelque chose?

Il s'agit ici d'une question ouverte. Nous choisissons de mentionner les idées principales ré appuyées dans cette question ainsi que les idées nouvelles.

L'ensemble des professionnels a répondu à cette question sauf un professionnel de "Pédopsychiatrie et psychiatrie de l'enfant et l'adolescent".

- Les notions appuyées ici dans les deux groupes se centrent surtout sur le caractère potentiellement anxiogène (11/20) de la prise en charge d'enfants en service adulte et le besoin de formation des équipes en psychologie médicale (13/20) dans **les deux groupes**.
- Les principales idées rapportées par **le groupe "Réanimation"** concernent:
 - la caractère anxiogène de l'accueil de l'enfant visiteur (7/10)
 - le besoin de sensibilisation à la psychologie médicale (8/10)
- Les principales notions évoquées par les professionnels de **"Pédopsychiatrie et psychiatrie adulte de liaison"** se centrent sur:
 - les risques liés à une séparation trop rigide des prises en charge psychiatrie adulte/ pédopsychiatrie (6/10)
 - l'indication à former les équipes de réanimation aux notions de psychologie médicale (5/10)

Tableau 8: Thématiques principales dégagées et pondération

Thèmes / Groupes	Pédopsychiatrie et psychiatrie adulte de liaison (N=9)	Réanimation (N=10)	Total (N=19)
Risques liés à une séparation rigide des PEC psychiatriques de l' enfant et de l'adulte	6	0	6
Nécessité de formation à la psychologie médicale	5	8	13
Contraste entre les modalités d'exercice psychiatriques et somatiques	2	0	2
Caractère potentiellement anxiogène de la PEC d'enfants en service adulte	4	7	11
Réflexion partagée entre réanimation adulte et pédiatrique sur la place des familles à l'hôpital	2	0	2
Frontières floues entre les champs d'interventions des différentes unités du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	1	0	1
Phénomène d'identification des soignants aux familles	0	3	3
Représentation négative autour de la psychiatrie	0	2	2
Qualité du partenariat psychiatrie/ réanimation pour la question des "suicidants"	0	2	2

Cette question a amené également à l'évocation de situations cliniques marquantes dans les deux groupes. Nous avons fait le choix d'illustrer les thématiques principales (le caractère anxiogène de la prise en charge d'enfants et le besoin d'échange et de formation à la psychologie médicale) les plus citées par des vignettes cliniques rapportées par le groupe réanimation.

Vignette 1:

"Je me souviendrais toujours d'un petit garçon d'une dame qu'on avait ici. Elle avait trois enfants, elle était devenue "présentable ", elle avait encore un tuyau dans la bouche mais elle n'était plus sédaturée "machin tout ca"... et il y avait quand même pas mal de fils. Et je me souviens qu'il y avait trois enfants et il y en a un qui longeait les murs (de la chambre) quoi! Il longeait les murs cet enfant! Et son père lui disait "Mais approche toi, approche toi !" Il ne l'avait... enfin ca faisait peut être quatre semaines qu'il n'avait pas vu sa mère! Alors je me dis, il y avait quatre semaines d'absence, et puis en plus euh "waouh!" sa mère, qui ne peut pas parler et qui regarde dans tous les sens! Mais, donc du coup, oui c'est nécessaire! Parce qu'après ca peut euh, il y a des... Alors on dit que les enfants sont super résiliants, que ca passe très vite, que c'est pas la même chose que nous... qu'ils oublient, enfin ils passent à autre chose très vite, ils s'en remettent plus vite que les adultes mais en même temps j'imagine que ca laisse quand même quelque chose quoi! Et du coup bah peut être faire, peut être pas un suivi, je dis pas qu'il faut forcément que tous les enfants soient vus par les psys pendant des semaines et des semaines! Mais juste un petit débriefing après quoi! Voir comment ca s'est passé pour eux et voir comment ils l'ont vécu et après s'il faut faire du lien avec des psys en ville ou voilà quoi! Si nécessaire. Voilà!"

Cette situation témoigne, autant par la syntaxe (exclamation, hésitation) que la sémantique du discours, du **caractère anxiogène de la visite d'enfant** dans un service de réanimation adulte et du **vécu d'allure traumatique** de cette situation par l'infirmière. On peut même évoquer le **processus d'identification** à l'enfant. Elle évoque dans ce passage empreint d'une forte tonalité émotionnelle, le besoin d'accompagnement et de distanciation émotionnelle et affective.

Vignette 2 :

"Je me souviens encore de voir ce monsieur en pleurs me disant « Comment je vais l'annoncer aux enfants que leur maman sera morte ? » et je me sentais complètement démunie. Je ne sais pas quoi dire, je sais pas quoi, je sais pas comment vous dire comment vous allez pouvoir aborder ça avec l'enfant! Et pour finir en fait ce papa est allé chercher son enfant qui euh voulait voir absolument sa maman et puis en fait on l'a revu avec le médecin où là on lui a expliqué les choses. Bon après à la fin il a dit « bah non je préfère pas retourner voir maman parce que je préfère garder une bonne image » mais tout simplement on lui a expliqué les choses. Et voilà ce papa s'est senti un peu, pas rassuré mais « bon déjà c'est un poids, je vais pas devoir lui expliquer, c'est les médecins qui lui ont expliqué » et je pense que parfois ça peut être, euh ils se sentent, ils savent pas comment, quels mots ils doivent dire euh, donc nous on a beau leur dire " il faut dire les choses", il faut dire que la personne est morte (insistance), pas dire "elle est montée au ciel", il faut utiliser les bons mots. Je pense mais euh voilà on est un peu démunis nous, en plus, il y a des... face aux enfants alors là je pense que c'est encore plus dur! Là, c'est le médecin qui avait complètement géré la situation (rire) parce que moi j'étais, je savais pas comment réagir! En plus c'était des jeunes enfants et une maman! Voilà c'était brutal, voilà, ils n'avaient pas eu le temps de se préparer aux choses sur une période...On arrivait sur la période de Noël en plus donc du coup c'était beaucoup, c'était une situation qui faisait, enfin la situation faisait que c'était compliqué"

Cette situation expose une situation d'annonce d'une mauvaise nouvelle à une fratrie et **le vécu d'allure traumatique** pour l'infirmière de réanimation. Elle illustre de nouveau **le caractère anxiogène** de cette problématique, **le phénomène d'identification** y est clairement exprimé. Elle rapporte son désarroi et son impuissance devant la situation. Même si ce n'est pas évoqué explicitement, on peut percevoir un **besoin de formation** et de reprise autour de cette situation.

- *La charge émotionnelle suscitée par ces situations en lien avec l'enfant visiteur illustrée ci dessus appuie l'hypothèse de travail supposant que les interpellations du dispositif de pédopsychiatrie de liaison par la réanimation émanent de situations complexes suscitant un débordement émotionnel.*

DISCUSSION

L'objectif principal de ce travail était d'explorer les représentations interprofessionnelles de la place du dispositif de pédopsychiatrie de liaison en réanimation adulte par l'intermédiaire de l'analyse du discours de deux groupes de soignants.

Les objectifs secondaires étaient d'identifier les besoins du service de réanimation en matière de psychiatrie/psychologie et d'améliorer les conditions d'accueil de l'enfant visiteur en réanimation.

I. Faisabilité de l'étude

A. Les limites méthodologiques

- **La population:**

La population n'a pas été recrutée de manière aléatoire. Les professionnels du groupe "Pédopsychiatrie et psychiatrie adulte de liaison" interrogés sont ceux qui se sont montrés intéressés par la question du travail en réanimation. Certains d'entre eux s'étaient déjà précédemment impliqués dans un groupe de travail sur ce thème.

De même coté "Réanimation", le choix des professionnels interrogés a été déterminé par le responsable médical du pôle et les cadres de santé après leur avoir présenté l'étude.

On pourrait considérer ces modalités de recueil comme une limite de sélection.

- **Questionnaire et entretiens:**

Les entretiens ont été menés par un enquêteur novice, cela peut être considéré comme une limite d'investigation.

Le questionnaire utilisé n'est pas un questionnaire standardisé. Il a été conçu pour cette étude grâce aux questions et réflexions émanant de la pratique de la pédopsychiatrie de liaison. Il est inspiré du questionnaire utilisé dans un mémoire de

DES intitulé "Entre pédiatrie et psychiatrie: analyse institutionnelle d'une unité de pédopsychiatrie de liaison" paru en 2010.

En recherche qualitative, l'investigateur a des intentions qui le motivent et il cherche à obtenir des résultats. Il peut alors influencer les réponses des participants lors de la passation. C'est une limite inhérente à la méthode choisie.

- **Analyse du discours:**

En procédant à une analyse qualitative du discours, la subjectivité du chercheur influence la lecture des données.

Le travail de regroupement en catégories thématiques est complexe, en effet certaines idées sont difficilement classables dans une catégorie définie. Le choix de la catégorie dans laquelle les réponses sont classées peut constituer un parti pris.

B. Les points forts méthodologiques

- **La population:**

Notre échantillon comporte l'effectif attendu (15 à 20 individus) dans le cadre d'une enquête qualitative.

Les deux groupes sont homogènes et les différents corps de métiers de chacune des équipes, ont été sollicités et interrogés, afin de dresser un portrait le plus exhaustif possible de la population concernée par la problématique.

Dans le groupe "Pédopsychiatrie et psychiatrie adulte de liaison", on retrouve des professionnels de deux unités distinctes (Psychiatrie adulte de liaison et Pédopsychiatrie de liaison) issues de deux services différents (Psychiatrie adulte et Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent) rattachés au même pôle et assurant l'activité de liaison en réanimation adulte. La constitution de ce groupe permet de mettre en présence l'ensemble des professionnels de liaison sollicités autour de ces questions.

L'ensemble des professionnels a manifesté un enthousiasme marqué dans la participation à cette étude et aucun d'entre eux n'a formulé de refus. On peut mettre cela en lien avec les questionnements récurrents autour des sollicitations du dispositif de pédopsychiatrie de liaison par la réanimation adulte.

- **Réalisation des entretiens:**

Les entretiens ont été menés par le même enquêteur afin d'uniformiser les conditions de passation.

Le questionnaire a, au préalable était testé, par des professionnels n'appartenant à la population de l'étude.

L'entretien apparaissait en cohérence avec les représentations de chaque soignant sur le sujet.

- **Analyse du discours**

L'analyse du discours a permis d'étudier les représentations des professionnels. Nous avons répondu à notre objectif principal et aux objectifs secondaires. Les réponses analysées ont également permis de conforter nos hypothèses de travail.

II. Discussion autour des résultats

A. Représentations du dispositif

Le dispositif de pédopsychiatrie de liaison semble plutôt connu des professionnels de réanimation mais sa place et ses missions dans le service de réanimation demandent à être précisées. Il pourrait être intéressant d'organiser des rencontres à visée de présentation du projet médical de l'unité fonctionnelle et aussi de sensibilisation à certaines problématiques en lien avec la psychologie médicale.

Les réponses à la question 2 nous montrent que les professionnels ont une représentation exhaustive des missions du dispositif de pédopsychiatrie de liaison tant en ce qui concerne le travail de première ligne que le travail de seconde ligne.

En ce qui concerne le travail en réanimation, il apparaît que les sollicitations se rattachent surtout à des missions de type seconde ligne en particulier autour de la question des enfants visiteurs. Cette problématique occupe dans cette étude une place centrale chez les professionnels de réanimation. Ce constat corrobore l'hypothèse de départ selon laquelle l'étayage des équipes autour des mouvements qui les traversent est plus attendu que le travail de première ligne.

Au travers des réponses à la question 4 portant sur les moyens à mettre en place pour améliorer la collaboration des deux unités, nous constatons que les équipes font deux types de propositions: générales et plus spécifiques.

Le travail d'information et de sensibilisation mené au cœur des équipes (mesures générales) est mis en exergue par les deux groupes alors que les demandes de nature organisationnelle (mesures spécifiques) sont particulièrement rapportées par les professionnels de réanimation.

Cette différence dans le type de propositions envisagées, renvoie à la différence de "langage" et de "l'agir" de ces deux entités soignantes: l'une étant souvent confrontée à l'urgence d'agir et l'autre ayant pour priorité d'apporter un espace de parole et une prise de distance face à ces situations potentiellement traumatogènes (26). On peut imaginer que ce décalage peut être source d'incompréhensions partagées.

Les propositions concrètes énoncées (l'élaboration d'un livret d'accueil, d'un guide d'entretien), pour certaines déjà précédemment mises en place, semblent insuffisantes et gagneraient à être complétées par des échanges et réflexions.

En effet l'accès à la relation à l'autre ne se protocolise pas, mais se travaille à partir de la confrontation aux expériences vécues qui peuvent ensuite être repensées et métabolisées à distance à l'aide d'un tiers éventuel.

En ce sens les interventions ponctuelles proposées semblent ne pas faire trace si elles sont travaillées de façon occasionnelle par un professionnel extérieur au service.

Il semble plus important de sensibiliser les équipes de réanimation à prendre en charge les situations de souffrance psychique du patient et de sa famille que de proposer des interventions répétées de professionnels extérieurs au service.

Il est important de souligner que ce travail de seconde ligne n'est efficient que lorsqu'il est porté par un professionnel intégré au sein de l'équipe.

B. Vécu d'inspiration traumatique

L'évocation majeure de la situation de l'enfant visiteur renvoie à l'intensité de l'impact émotionnel suscité par cette situation plus qu'à la non connaissance des missions du dispositif.

Nous percevons dans nos entretiens l'existence d'un territoire commun entre ce que vivent les familles et les professionnels en réanimation: un vécu d'effraction du traumatisme dans la psyché entraînant un débordement émotionnel.

L'annonce d'une mauvaise nouvelle engageant le pronostic vital véhicule une peur omniprésente de la mort. Elle implique les soignants dans l'émergence d'une réalité traumatisante à annoncer à ces jeunes enfants et ce d'autant plus que le parent est en difficulté pour le faire.

Dans la littérature, il y a moins de travaux spécifiques sur le vécu des soignants confrontés à la révélation d'un diagnostic. Il semble souvent difficile de dissocier les difficultés du soignant des difficultés des familles, tant paraît fréquente l'implication émotionnelle des intervenants dans cette relation(27). (Roy, Guilleret, Visier & Molenat, 1989).

Les soignants parlent de la détection et de l'annonce comme d'un "temps de crise" à l'égard duquel ils ne sont pas préparés. Ils expriment des sentiments de détresse et de doute intensifiés par l'angoisse des familles(27).

Faute de trouver une sécurité suffisante, ils ne peuvent alors s'empêcher de se défendre eux-mêmes. Devant des perceptions trop angoissantes et une incapacité à penser, les professionnels sollicitent alors le dispositif ou la psychiatrie adulte de liaison.

On pourrait finalement parler d'un "traumatisme par contagion", les sentiments négatifs étant intensifiés par l'angoisse véhiculée par les familles.

La réémergence traumatique et la confrontation répétée au traumatisme des familles peut également réactiver les traumatismes du passé du côté des soignants.

L'éclairage psychopathologique de la clinique du "psycho-traumatisme" permet de mieux appréhender le vécu des familles et des soignants dans cette situation.

L'étymologie du mot traumatisme renvoie à la notion de blessure. Ce mot est lui-même dérivé d'un autre terme apportant la notion de blessure avec effraction (Laplanche & Pontalis, 1998)(28).

Le traumatisme est décrit par Laplanche et Pontalis dans leur ouvrage intitulé "Vocabulaire de la psychanalyse" comme un évènement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, les bouleversements et les effets pathogènes durables qu'ils provoquent dans l'organisation psychique: le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations.

Il ne se définit pas en fonction des caractéristiques de l'évènement mais bien de ses effets sur le psychisme.

La métaphore de l'effraction permet donc de comprendre que l'équipe soignante est le réceptacle d'éprouvés qui expriment la détresse des patients et de leur entourage.

Au delà du vécu du "trauma", la confrontation avec la souffrance aiguë des familles renvoie aussi les soignants à la question de l'impuissance, de l'incapacité à guérir, qui engendre interrogations et malaise quant au sens de la fonction soignante.

Ces éprouvés inconfortables, difficilement symbolisables en situation aiguë, pourront ponctuellement être projetés sur l'équipe soignante et alors mettre à mal les capacités d'accueil et d'élaboration des équipes de réanimation.

C'est au contact de ces projections que les professionnels font appel au dispositif en quête d'une fonction de contenance.

C. La recherche de la contenance institutionnelle

La demande de la réanimation pourrait se traduire par un besoin de contenance que les équipes qualifient de "soutien" qui permet de remobiliser leurs capacités d'élaboration et d'accueil.

Effectivement la situation de l'enfant visiteur suscitant de vives réactions émotionnelles, nécessiterait que les différents protagonistes impliqués se soutiennent les uns les autres. Ce processus se qualifie de "contenance concentrique".

Si un parent sidéré se sent en incapacité de mettre des mots sur une situation ou un vécu, on peut imaginer que ce sentiment de sidération soit projeté sur l'équipe soignante qui elle même sollicitera ensuite l'équipe de pédopsychiatrie de liaison avec une demande "décalée".

A l'inverse, si les familles se sentent suffisamment soutenues par l'équipe de réanimation, elles seront capables d'accompagner de manière adaptée l'enfant visiteur sans solliciter la pédopsychiatrie de liaison. De la même façon, si l'équipe de réanimation se sent suffisamment accompagnée par un travail de seconde ligne cohérent et continu, alors elle sera plus disponible et efficace dans les échanges avec ces familles.

Ce procédé correspond à la notion de contenance, qui peut être comprise comme une fonction de réceptacle mais pas uniquement, elle comprend aussi les fonctions de compréhension, transformation et restitution.

D'après Casement, "contenir, c'est ressentir, éprouver, percevoir puis mettre ses perceptions, émotions en pensées ensuite organiser sa pensée, et enfin apporter une réponse qui débouche sur la représentation et rend pensable l'impensable."(29)

Tregouet décompose cette fonction en fonction maternante et paternante. La fonction maternante consiste à développer une réceptivité pour les angoisses et les émotions et à les restituer « détoxifiées » permettant de développer la capacité de penser par soi-même. La fonction paternante est une instance limitante et de pare-excitation limitant les fantasmes de toute puissance.

La fonction contenante telle que définie par Billard et Costantino passe dans le milieu soignant par la formation, les réunions d'équipe et la supervision qui font tiers(30).

On pourrait imaginer que cette "fonction contenante" puisse être assurée par un professionnel psychologue intégré dans le pôle de réanimation. Celui-ci pourrait proposer une forme de triangulation de la relation professionnels de réanimation/famille, rendue parfois difficile par l'angoisse générée par certaines situations.

D. La place de la subjectivité dans les soins

La situation d'accueil suscite d'importants mouvements d'identification, comme l'atteste les vignettes cliniques rapportées à la question 5, qui mettent les soignants en difficulté pour maintenir une distance émotionnelle suffisante.

Ils réagissent alors comme s'ils étaient intimement concernés par la situation. La souffrance de la famille peut entrer en résonance avec leurs propres histoires(31).

De façon plus générale la rencontre avec ces familles amène à se représenter les patients autrement que par le statut d'objet de soins.

Une étude sur la relation des professionnels de réanimation avec les patients et leur famille illustre que les proches redonnent une place à la subjectivité du patient mais dans ce même mouvement re-subjectivise le soignant (32).

Ils servent de vecteurs aux professionnels pour se réinscrire dans une relation de soins, dans une relation intersubjective. Ceux ci se retrouvent alors au contact de la souffrance du patient et risquent d'être confrontés à des affects douloureux(32).

Etant alors sollicité dans leur dimension relationnelle, les professionnels peuvent voir émerger des mouvements d'attachement.

Les manifestations émotionnelles peuvent alors être perçues comme une mise en danger du soignant dans son propre équilibre psychologique. Elles constituent pourtant les fondements de la relation d'empathie(33).

Elles amènent à se questionner sur les aspects éthiques et moraux d'une décision médicale et garantissent l'humanité dans la relation de soins.

Si ces questionnements méritent de rester ouverts, ils nécessitent d'être traités activement au sein de service de soins.

CONCLUSION

A travers cette étude qualitative, nous avons recueilli et étudié les représentations de la place du dispositif de pédopsychiatrie de liaison en réanimation adulte auprès de deux groupes de professionnels. Ce travail ne visait pas nécessairement à proposer une conduite à tenir mais plutôt à alimenter une réflexion autour des situations exceptionnelles pour lesquelles le dispositif était sollicité.

S'il semble incontournable de travailler à une meilleure lisibilité du projet médical du dispositif, les sollicitations principales autour de l'accueil de l'enfant en réanimation adulte relèvent plus particulièrement du vécu d'inspiration traumatique des équipes soignantes que d'une méconnaissance des missions du dispositif.

Celui-ci est interpellé pour relancer le processus de pensée à un moment où celui-ci s'est vu entravé au contact d'une situation vécue comme traumatique par les figures parentales assurant habituellement auprès de l'enfant cette fonction de contenance.

Plus qu'une indication à un travail de première ligne, cette étude nous a permis de situer la demande autour d'un travail de contenance qui s'inscrirait dans une mission de seconde ligne menée par un psychologue implanté dans le service.

Ainsi, la parole circulerait davantage entre soignants, soignés et familles, des mots et du sens pourraient être remis derrière les pratiques de soins. Cet espace tiers donnerait l'occasion aux soignants de partager leur désarroi face à des situations extrêmes pour désaturer l'intensité des représentations qu'ils en ont.

Comme le dit Minjard, "Etre là au cœur du chaos et de l'intrication pulsionnelle comme représentant de l'affect, c'est ainsi que se définit la fonction du psychologue en réanimation"(34).

La contenance et ses moyens doivent cependant être requestionnés constamment en lien avec la psychopathologie, les souffrances des patients et des soignants. C'est donc un travail de chaque instant qui demande de trouver un équilibre pour à la fois accueillir et limiter(34).

A l'issue de ce travail, et en lien avec le cas clinique présenté en introduction, il nous semble important de rappeler que l'entretien pédopsychiatrique sollicité au préalable de la visite n'aurait probablement pas été efficient car il est impossible de préjuger d'avance de l'impact subjectif de la rencontre entre le parent hospitalisé en réanimation et l'enfant visiteur. Il nous apparaît évident que la demande sous jacente était en lien avec les vécus d'inspiration traumatique de l'équipe, par contamination probable du débordement émotionnel de la famille. Ce cas clinique pointe l'importance de la capacité à se "décaler" de la situation potentiellement traumatique, et l'intérêt de la place d'un professionnel "tiers" suffisamment inscrit au sein de l'équipe pour que ce travail prenne sens, fasse trace et imprègne les soignants en réanimation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Desombres H, Malvy J, Wiss M. La pédopsychiatrie de liaison. Organisation et missions. Rapport de psychiatrie. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Masson. Paris: Masson; 2004. 3-4 p.
2. Duverger P, Ninus A, Malka J, Chocard A-S. Psychopathologie en service de pédiatrie. Elsevier-Masson. 2011. (Les âges de la vie).
3. Circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS n°2004-517 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent
4. Apter G. La pédopsychiatrie de liaison : petite musique d'ouverture. *Enfances Psy*. 14 juin 2013;N° 57(4):6-8.
5. Duverger P, Lebreuilly-Paillard A, Legras M, Chocard A-S, Malka J. Le pédopsychiatre de liaison, un praticien de l'inattendu. 14 août 2009;57(6):505-9.
6. Jousset C. Psychiatrie de liaison : il est urgent de prendre son temps psychiquement. 21 juill 2010;17(6):680-1.
7. Medjkane F, Vallée L, Delion P. Pédopsychiatrie de liaison : une position de l'entre-deux ?. 8 mars 2010;17(3):209-10.
8. Vachon F. Histoire de la réanimation médicale française: 1954–1975. *Réanimation*. 18 déc 2010;20(1):72-8.
9. Décret n°2006-72 du 24 janvier 2006 relatif à la réanimation dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) - Article 1. 2006-72 janv 24, 2006.
10. Blot F, Foubert A, Kervarrec C et al. Les enfants peuvent-ils venir visiter leurs parents hospitalisés en réanimation oncohématologique ? *Bull Cancer (Paris)*. 1 juill 2007;94(7):727-33.
11. Pochard F. Reconnaître et traiter la souffrance psychique des patients. 7 mai 2010;19(3):236-42.
12. Fourcade O. Réanimation : lieu de soins et lieu de vie. 9 déc 2011;30(12):871-2.
13. Convention Européenne des Droits de l'Homme, Article 8. Bureau des Traités.
14. Décret n°74-27 du 14 janvier 1974 RELATIF AUX REGLES DE FONCTIONNEMENT DES CENTRES HOSPITALIERS ET DES HOPITAUX LOCAUX - Article 47. 74-27 janv 14, 1974.
15. Code de la santé publique - Article R1112-48. Code de la santé publique.
16. Code civil - Article 9. Code civil.
17. Bertrand X. -Bulletin Officiel N°2006-4: Annonce N°12, Circulaire DU 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

18. Fourrier F. Mieux vivre la réanimation. 7 mai 2010;19(3):191-203.
19. Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Paralitici C, Misset B. Comment organiser la communication ? 7 mai 2010;19(3):265-72.
20. Azoulay PÉ. Donner du pouvoir aux familles des patients de Réanimation. Laennec. 1 janv 2012;Tome 57(4):35-46.
21. Veber B. Visite des enfants en réanimation. Anesth Réanimation. juill 2016;2(4):261-4.
22. Veber B, 1 le C éthique de la S française d'anesthésie et de réanimation. Visite des enfants en réanimation. 5 juill 2016;2(4):261-4.
23. Blot F, Minet M. Un service de réanimation ouvre ses portes aux enfants. Rev Francoph Psycho-Oncol. sept 2004;3(3):146-50.
24. Soumagne N, Levrat Q, Frasca D, Dahyot C, Pinsard M, Debaene B, et al. Enquête de satisfaction de familles de patients hospitalisés en réanimation. 9 déc 2011;30(12):894-8.
25. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84(19):142-5.
26. Janvier G, André D. Rôle de chacun dans le fonctionnement d'un service de réanimation. 7 mai 2010;19(3):212-20.
27. Lambotte I, Coster L de, Gheest FD. « Le traumatisme de la mort annoncée » : transmissions entre soignants et parents face à la maladie grave d'un enfant. Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux. 1 août 2007;n° 38(1):99-115.
28. Sibertin-Blanc D, Vidailhet C. De l'effraction corporelle à l'effraction psychique. 28. févr 2003;51(1):1-4.
29. Mellier D. La fonction à contenir. Psychiatr Enfant. 2005;Vol. 48(2):425-99.
30. Billard M, Costantino C. Fonction contenante, groupes et institution soignante. Cliniques. 24 août 2011;N° 1(1):54-76.
31. Laurent A. Les équipes mobiles d'urgence et de réanimation face aux interventions potentiellement traumatiques. 13 août 2014;172(6):457-62.
32. Laurent A, Magalie B, Ansel D, Aubert L, Mellier D, Quenot J-P, et al. Les professionnels de réanimation à l'épreuve de la relation avec le patient. 20 oct 2015;80(4):809-20.
33. Stern D. Le désir d'intersubjectivité. Pourquoi ? Comment ? Psychothérapies. 1 déc 2006;Vol. 25(4):215-22.
34. Minjard R. Le psychologue clinicien et la réanimation. J Psychol. 26 août 2015;n° 330(8):40-4.

ANNEXES

Annexe 1 : Extrait du règlement intérieur du CHRU de Lille (09/2011)

Art 111 - Visites

Le droit aux visites fait l'objet de dispositions arrêtées par le directeur délégué au pôle sur avis des chefs de services concernés. Le directeur en définit les horaires et les modalités, en précisant notamment le nombre maximum de visiteurs admis dans une chambre.

En dehors des horaires prévus, des autorisations peuvent être délivrées nominativement, pour des motifs exceptionnels, par le directeur (avec délégation éventuelle aux cadres infirmiers), avec l'accord du responsable de pôle.

Les animaux sont interdits dans les services sauf dans le cas particulier de certaines animations préalablement autorisées, et dans le cas prévu à l'article 130 du présent règlement.

Le droit aux visites peut être restreint :

- pour des motifs liés à l'état des patients, ces restrictions, par lesquelles les visites sont susceptibles d'être interdites ou limitées en nombre et en durée, peuvent notamment concerner l'accès aux services hospitaliers de visiteurs mineurs de moins de 15 ans et l'accès des visiteurs à des patients hospitalisés dans certaines unités spécialisées ;
- pour les patients placés sous surveillance de la police.

Art 112 - Recommandations aux visiteurs

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement du service. Ils peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des patients ou des salles d'hospitalisation pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur les patients.

Les patients peuvent demander au cadre infirmier responsable du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désigneront d'avoir accès auprès d'eux.

Les visiteurs doivent garder une tenue correcte, éviter de provoquer tout bruit intempestif, notamment par leur conversation ou en faisant fonctionner des appareils sonores. Ils doivent respecter strictement l'interdiction de fumer prévue à l'article 214 du présent règlement.

Il est interdit aux visiteurs d'introduire dans les salles ou chambres de patients des médicaments, sauf accord exprès du médecin, et, dans tous les cas, des boissons alcoolisées ou des produits toxiques, de quelque nature qu'ils soient.

Il est veillé, dans l'intérêt du patient, à ce que ne lui soient pas remises des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec son régime alimentaire. Le cas échéant, les produits introduits en fraude peuvent être détruits à la vue du patient ou de sa famille.

Les plantes vertes ne sont pas autorisées dans les salles ou les chambres des patients.

Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et le directeur peut décider l'expulsion du visiteur.

Annexe 2 : Extrait du livret d'accueil des familles en réanimation

1- Les appels téléphoniques

En téléphonant dans l'unité où est hospitalisé votre proche, l'équipe soignante pourra vous donner des informations d'ordre général.

Il est souhaitable qu'une seule personne référente prenne des nouvelles et que le reste de l'entourage s'adresse à cette personne.

2- Les informations médicales

Le référent de la famille a la possibilité, s'il le souhaite, de prendre un rendez vous avec le médecin responsable

Pour cela adressez-vous auprès de l'équipe soignante.

3- Les renseignements non médicaux

Mademoiselle DUEZ, assistante sociale est à votre disposition en cas de nécessité. Vous pouvez la contacter au ☐ 03. 20. 44. 51. 93.

Si vous désirez la visite d'une personne du culte (toutes les religions sont représentées) vous pouvez également vous renseigner auprès de nos hôtesse.

La maison familiale hospitalière peut vous héberger, elle se situe 59 rue de Loos à Lille. (03. 20. 93. 94. 76)

4- Les visites

• Accueil des familles

L'accès des unités de soins est réglementé.

Pour pouvoir entrer dans l'unité, il suffit de vous présenter à l'hôtesse d'accueil de l'étage.

En cas d'absence de l'hôtesse, sonnez à l'interphone situé à l'entrée de chaque unité sur votre gauche et attendez la réponse des soignants.

- Les visites sont autorisées 24 heures sur 24.
- Seules 2 personnes sont autorisées à entrer en même temps dans la chambre.
- Le nombre de visites peut être variable jusqu'à 6 maximum par jour.
- Les enfants de moins de 15 ans peuvent être autorisés à visiter leur proche sous condition. Merci de vous rapprocher de l'équipe soignante.

- Nous pouvons être amenés à vous demander de patienter avant d'entrer dans la chambre et ce afin d'effectuer tous les soins jugés nécessaires pour votre proche.

- Nous comptons sur votre compréhension et votre coopération.

• Déroulement d'une visite

La prise en charge des patients en réanimation nécessite que des précautions d'hygiène soient prises.

Avant d'entrer dans le service :

- lavez-vous soigneusement les mains au savon.
- respectez les consignes d'isolement éventuel. Dans certains cas, il sera nécessaire de revêtir une blouse jetable.
- n'apportez ni plantes, ni fleurs.
- éteignez votre téléphone portable.

A noter que des coffres sont mis à votre disposition dans le vestiaire visiteur afin d'y déposer vos effets personnels.

Il vous suffit de composer un code à 4 chiffres suivis de #.

Pendant votre présence dans le service, nous vous demandons de vous rendre directement dans la chambre de votre proche et de n'en sortir que pour quitter le service.

Nous vous demandons de ne pas rester dans les couloirs mais de rejoindre la salle d'attente.

5- Vêtements et effets personnels de votre proche

Afin d'éviter les risques de perte, nous vous demandons de récupérer les effets personnels de votre proche le plus rapidement.

Rapprochez vous du service ou de l'hôtesse.

AUTEUR : Nom : SAELEN

Prénom : Justine

Date de Soutenance : 12/10/2016

Titre de la Thèse : Place de la pédopsychiatrie de liaison en réanimation adulte: Question des représentations interprofessionnelles. Intérêt d'une lecture psychopathologique

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : Pédopsychiatrie de liaison- Réanimation- enfant visiteur- accueil- annonce- vécu d'inspiration traumatique- travail de seconde ligne- contenance

Résumé

Contexte: La pédopsychiatrie de liaison et le service de réanimation médicale adulte se rencontrent occasionnellement autour de la situation de l'accueil de l'enfant visiteur de l'adulte hospitalisé. Cette rencontre questionne quant à la place du dispositif de pédopsychiatrie de liaison et ses limites d'intervention.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative des représentations de la place du dispositif de pédopsychiatrie de liaison en réanimation adulte, menée à partir de 20 entretiens avec 10 professionnels de "Pédopsychiatrie et psychiatrie adulte de liaison" et 10 professionnels de l'unité C de "Réanimation" du CHRU de Lille, réalisés puis analysés selon une analyse thématique du discours.

Résultats : L'existence du dispositif de pédopsychiatrie de liaison est majoritairement connue de l'ensemble des professionnels mais sa composition effective l'est nettement moins. Les missions de ce derniers demandent à être clarifiées même si les principales sont bien repérées. Les situations aboutissant parfois à la sollicitation du dispositif se centrent autour de la question de l'enfant visiteur. L'éclairage psychopathologique de la clinique du "trauma" nous a permis de mieux cerner ces demandes ponctuelles des professionnels de réanimation. Devant une situation pouvant susciter un vécu d'inspiration traumatique, les demandes des professionnels de réanimation renvoient à la fonction de contenance assurée par les professionnels de soins psychiques intégrés aux équipes soignantes.

Conclusion : Cette mission s'inscrit préférentiellement dans un travail de seconde ligne et correspond particulièrement aux missions des psychologues intégrés et engagés auprès des équipes soignantes.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur M.JOURDAIN

Asseseurs : Monsieur le Professeur O.COTTENCIN

Monsieur le Professeur R.JARDRI

Monsieur le Professeur F.MEDJKANE

Directeur de thèse: Madame le Docteur M.JANATI IDRISSE