

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Berthou Tristan
Etudiant 3^{ème} année
Promotion 2000-2003

L'infirmier(e) du SMUR face aux familles endeuillées



mai 2003

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL ANNEMASSE - BONNEVILLE

SOMMAIRE

SOMMAIRE

Introduction

7

CADRE CONCEPTUEL

Les urgences pré-hospitalières

11

A- Le Service d'Aide Médicale Urgente	11
1 Définition	11
2 Les actions du SAMU	11
B- Les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation	12
1 Définition	12
2 L'équipage	13
3 Les missions du SMUR	13
C- L'infirmier(e) au sein des SMUR	13
1 Formation	13
2 Rôle infirmier	14
D- Les autres partenaires de l'urgence	14
1 Les médecins généralistes	14
2 Les sapeurs pompiers	15
E- Les attentes de la population	15

La Mort...

18

A- Qu'est-ce que la mort ?	18
1 Définition	18
2 Anthropologie de la mort	18
3 Représentation et place de la mort dans la société	18
B- La mort brutale	19
C- Le deuil	20
1 Définition	20
2 Les étapes du deuil	20
2.1 L'annonce de la mort, le choc	20
2.2 Le déni	21
2.3 La colère	21
2.4 La dépression	22
2.5 L'acceptation	22
3 Le deuil pathologique	22

L'accompagnement des familles endeuillées

25

A- Identification des besoins de la famille	25
1 Besoins d'explications	25
2 Besoins spirituels	25
3 Besoins psycho-affectifs	25
B- Savoir-être et rôle infirmier	26
1 Savoir-être	26
2 Rôle infirmier : législation et outil de prise en charge	27
2.1 Décret de compétence	27
2.2 La relation d'aide	27
2.2.1 Définition	27
2.2.2 Les buts	28
2.2.3 Aptitudes de communication dans la relation d'aide	28

C- Réseau de soins et orientation	29
1 Immédiatement après le décès	29
2 Par la suite	30

ENQUETE

Présentation des outils d'enquête 33

Dépouillement 35

1 Identification de la population investiguée	35
2 Accompagnement de la famille	36
3 Information à la famille	37
4 Orientation et réseau de soins	38
5 Formation continue	38

Analyse 41

I- Analyse descriptive 41

1 Identification de la population investiguée	41
2 Accompagnement de la famille	41
2.1 Identification de la place et du rôle de l'infirmier(e)	41
2.2 Difficultés	41
3 Information à la famille	42
4 Orientation	42
5 Formation continue	42

II- Analyse interprétative 43

III- Synthèse de l'analyse 45

Solutions 47

Conclusion 49

Bibliographie 51

Annexes 52

Annexe 1 : décret de compétence n°2002-194

Annexe 2 : décret n°87-1005 (relatif au fonctionnement des SAMU)

Annexe 3 : décret n°97-620 (relatif au fonctionnement des SMUR)

Annexe 4 : questionnaire à destination des infirmier(e)s du SMUR

Annexe 5 : pré-enquête auprès de la population

INTRODUCTION



INTRODUCTION

Etre confronté à la mort d'un proche est une expérience douloureuse et traumatisante. Le processus du deuil est long et nécessite des repères et informations permettant à l'individu de mettre en place des stratégies et ainsi pouvoir commencer son travail d'acceptation. Mais qu'en est-il quand le décès survient à domicile, au sein même de la cellule familiale ? Cette situation est génératrice de stress du fait de l'isolement et du contexte. Le choc est d'autant plus important, qu'il intervient dans l'intimité même des gens, dans des lieux qui leurs sont propres, chargés d'histoire et d'émotions. L'équilibre familial est donc brutalement interrompu et peut, par la suite, provoquer un deuil « pathologique ». Pour avoir été concerné par cette situation, en tant que membre de la famille, il m'a été très difficile d'accepter la mort du fait de la brutalité de l'événement : « c'est un peu comme si la mort s'introduisait chez vous ». En effet, le domicile familial représente un lieu sûr où l'on se sent protégé, à l'abri du danger.

En tant qu'infirmier(e), nous sommes susceptibles d'être confronté(e)s à cette situation, lors d'interventions du SMUR¹. Au cours de celles-ci, la prise en charge concerne tout d'abord le risque vital. Les proches sont donc « relégués » au second plan et se retrouvent bien souvent en position d'impuissance. La réanimation effectuée par l'équipe médicale est très impressionnante, les soins sont invasifs et agressifs aux yeux de la famille, ce qui ne fait qu'augmenter la peur de la souffrance et du décès de la victime. A l'annonce du décès, les familles se retrouvent face à elles-mêmes, laissant place à l'interprétation personnelle. C'est à dire que la répercussion psychologique de l'événement sera propre à chaque famille mais aussi à chaque individu, en fonction de son vécu face à la mort et de l'investissement affectif qui existait avec le défunt.

J'ai choisi d'effectuer ma recherche, sur le thème de la prise en charge de la famille lors du décès brutal d'un proche au cours d'une intervention SMUR à domicile, car j'envisage de travailler dans un service mobile d'urgence et de réanimation. J'ai pu remarquer, lors de mon stage aux urgences et durant mes différents remplacements en tant qu'aide-soignant, que le soutien apporté aux familles est quelques fois difficile à gérer pour les équipes : manque de temps à consacrer, absence de protocole, situations violentes. Dans un premier temps, nous sommes, en tant qu'infirmier(e), les seuls interlocuteurs avec les médecins à être susceptibles d'apporter aide, soutien et réponses. De plus, le thème de la mort brutale est très peu abordé, que ce soit dans les ouvrages pédagogiques ou au sein même de la formation. J'ai le sentiment que les soignants n'ont pas toujours de support auquel se référer.

C'est pour toutes ces raisons que je me suis posé la question : Comment assurer une prise en charge efficace de la famille endeuillée compte-tenu du peu de temps dont dispose l'équipe du SMUR ? :

- Que sommes-nous en mesure de leurs apporter ?
- Quelles sont leurs attentes ?
- Comment prévenir le deuil pathologique ?
- Où commence et où fini l'accompagnement des familles par l'infirmier(e) urgentiste ?
- A qui pouvons-nous passer le relais ?
- La formation des étudiant(e)s infirmier(e)s est-elle suffisante et permet-elle une prise en charge efficace de ces familles ?

Au vue de ces éléments, ma question de recherche est la suivante : **Quels sont les moyens dont dispose l'infirmier urgentiste dans l'accompagnement des familles, lors de la perte brutale d'un proche, au cours d'une intervention du SMUR à domicile ?**

¹ Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

Mon hypothèse est que la prise en charge effectuée par l'infirmier(e) pourrait être optimisée par le suivi de formation spécifique à l'accompagnement des familles à l'annonce du décès. Je pense également qu'elle dépend étroitement du vécu des infirmier(e)s face à la mort et lors des interventions ; cela pourrait donc nécessiter un travail de soutien auprès des soignants.

Dans un premier temps, nous verrons l'organisation d'un service SMUR, les fonctions de l'infirmier(e) urgentiste et les attentes de la population vis à vis de cette institution.

Puis je parlerai de la mort, du psychotraumatisme lié à la mort brutale pour évoquer ensuite les mécanismes du deuil et le deuil pathologique.

Enfin, j'aborderai l'accompagnement des familles endeuillées, le savoir être et le rôle infirmier.

Après avoir présenté les outils d'enquête, j'effectuerai le dépouillement avant d'en faire l'analyse.

Après quoi viendront les solutions proposées, avant de conclure.

CADRE CONCEPTUEL

1

LES URGENCES PRE-HOSPITALIERES



A- Le Service d'Aide Médicale Urgente²

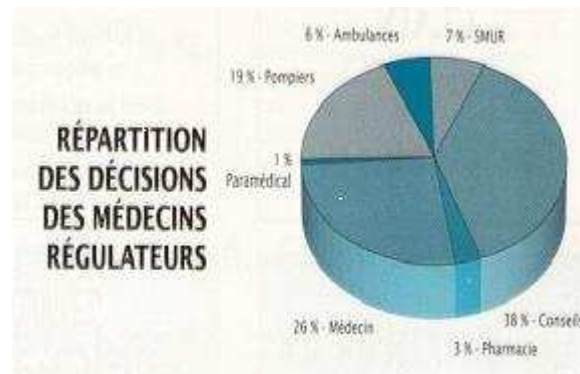
1 Définition

« C'est un central téléphonique où, 24h/24, un médecin répond aux appels urgents. Il est caractérisé par :

- ✓ Un numéro téléphonique simplifié, le 15.
- ✓ La présence permanente d'un médecin régulateur.
- ✓ La tenue à jour permanente de l'ensemble des moyens de secours disponibles.
- ✓ Des moyens techniques élaborés.
- ✓ Un personnel d'aide à la régulation. »³

Le SAMU est une entité administrative présente dans chaque département. C'est le lieu où convergent les appels départementaux du 15, dont le nom officiel est le Centre de Réception et Régulation des Appels Médicaux d'Urgence (CRRA) ou SAMU-Centre 15. Le numéro d'appel est unique. Il est pris en charge, dans un premier temps, par un Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale⁴, qui va noter le motif de l'appel, les coordonnées et l'identité de l'appelant. L'appel va ensuite être transmis au médecin régulateur, qui après interrogatoire, décidera de la suite à donner la plus adaptée :

- _ conseil médical
- _ évacuation vers un service de soins par ambulance privée ou par les Sapeurs-pompiers.
- _ envoi d'un médecin généraliste.
- _ intervention du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation⁵.



2 Les actions du SAMU

Une des spécificités de l'organisation des urgences pré-hospitalières française réside en la présence d'un médecin urgentiste ou anesthésiste-réanimateur depuis le début de l'alerte donnée au SAMU-Centre 15 jusqu'à l'intervention sur le lieu de détresse. Les équipes de SMUR restent en contact radio avec le médecin régulateur responsable, durant toute la durée de l'intervention.

² SAMU : service d'aide médicale urgente

³ Nouveaux cahiers de l'infirmière : soins infirmiers aux urgences et en réanimation, transfusion sanguine.

⁴ PARM : permanencier auxiliaire de régulation

⁵ SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation

Les missions premières des SAMU sont décrites dans l'article 3 du décret du 16 décembre 1987 ; il stipule qu'ils doivent :

- Assurer une écoute médicale permanente
- Déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels
- S'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du libre choix, et faire préparer son accueil
- Organiser, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires
- Veiller à l'admission du patient

Ces missions concernent essentiellement la gestion des appels urgents, reçus par l'intermédiaire du 15. Mais le SAMU-Centre 15 n'est pas seulement limité à la réception et la régulation de ces appels. En effet, comme le prévoit la « loi SAMU » précédemment citée, cette institution doit aussi remplir des missions de formation auprès des professionnels de santé, elle assure la couverture de grands événements, et supervise le déroulement des plans d'urgences :

- Art. 4 : *Les SAMU participent à la mise en œuvre des plans ORSEC et des plans d'urgence, [...]*
- Art. 5 : *Les SAMU peuvent participer à la couverture médicale des grands rassemblements suivant les modalités arrêtées par les autorités de police concernées.*
- Art. 6 : *les SAMU participent aux tâches d'éducation sanitaire, de prévention et de recherche. Ils apportent leur concours à l'enseignement et à la formation continue des professions médicales et paramédicales et des professionnels des transports sanitaires ; ils participent également à la formation des secouristes selon les modalités déterminées par le décret du 4 janvier 1977.*

B- Les Services Mobiles d'Urgences et de Réanimation

1 Définition

« Ce sont des unités mobiles hospitalières, rattachées au SAMU ou au service des urgences, implantées dans les principaux hôpitaux du département (il y a deux à six SMUR par département). Ils sont chargés du relevage et du transfert des blessés et malades dans un état grave. »⁶

Elles sont équipées de tout le matériel nécessaire en matière d'anesthésie réanimation, et à la prise en charge d'un malade en détresse (ventilation artificielle, intubation, appareils de surveillance hémodynamique, défibrillateur, solutés, amines,...).

2 L'équipage

L'organisation des SMUR est propre à chaque établissement de santé en ce qui concerne la composition des équipes d'intervention. Elles dépendent des moyens disponibles en effectif mais aussi des véhicules utilisés. Le législateur, par l'intermédiaire du décret du 30 mai 1997, recommande la composition suivante :

- _ un médecin urgentiste ou anesthésiste-réanimateur
- _ un(e) infirmier(e) urgentiste ou anesthésiste

⁶ Nouveaux cahiers de l'infirmière : soins infirmiers aux urgences et en réanimation, transfusion sanguine.

_ un ambulancier titulaire du CCA⁷

Les moyens de transport peuvent varier selon l'importance du centre hospitalier dont ils dépendent, selon la nature de l'intervention et selon les besoins de la population. On distingue trois types de véhicules :

- _ le véhicule léger ou véhicule d'intervention rapide⁸, avec le soutien d'un véhicule des sapeurs-pompiers⁹ ou d'une ambulance privée.
- _ le véhicule lourd de type ambulance.
- _ l'hélicoptère du SAMU, de la Gendarmerie ou de la Protection Civile.



3 Les missions du SMUR

Les missions des Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation découlent de celles des SAMU. Ils interviennent, sur demande du SAMU-Centre 15, dans le secours à victimes quand le pronostic vital est en jeu à court terme. Il existe trois types d'intervention :

- _ intervention primaire → l'équipe médicale permet la médicalisation de la victime sur les lieux de la détresse et assure si besoin son transfert vers une structure de soins adaptée à son état de santé.
- _ intervention secondaire → il s'agit du transport du patient entre deux centres hospitaliers ou entre deux services de soins.
- _ intervention tertiaire → c'est le rapatriement du patient vers le centre hospitalier d'origine après un séjour dans une structure spécialisée.

C- L'infirmier(e) au sein des SMUR

1 Formation

Dans le cadre des Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation, l'infirmier(e) est soit titulaire du diplôme d'état infirmier, soit du diplôme d'état infirmier anesthésiste.

- _ L'infirmier(e) diplômé(e) d'état :
 - . avant la réforme de 1995, il correspond à un diplôme de soins généraux.
 - . après la réforme, il devient un diplôme de soins généraux et psychiatriques.
- _ L'infirmier(e) anesthésiste diplômé(e) d'état : il possède le diplôme d'état infirmier et a suivi une formation de deux ans sur les techniques d'anesthésies et de réanimations.

Il n'existe pas, à proprement parler, de spécialisation d'infirmier urgentiste ; seuls des congrès existent dans le cadre de la formation continue.

2 Rôle infirmier

Le décret du 30 mai 1997 recommande la présence d'un infirmier dans l'équipage d'un SMUR. En effet, celui-ci tient une place importante dans ces interventions. Tout d'abord, il a un rôle technique et de

⁷ CCA : Certificat de Capacité d'Ambulancier

⁸ VIR : véhicule d'intervention rapide

⁹ VSAB : véhicule de secours aux asphyxiés et aux blessés

surveillance, dans la mise en place des thérapeutiques, prescrites par le médecin responsable. La réanimation effectuée nécessite de la part de l'infirmier(e) une grande technicité et de la rapidité dans l'exécution des soins. Il doit être au plus proche du médecin afin de pouvoir l'assister et permettre ainsi un travail d'équipe optimal. Le travail en collaboration avec le médecin requiert une importante capacité d'organisation du fait de la multiplicité des tâches qui incombent à l'infirmier : exécution des prescriptions médicales, surveillance générale du patient, surveillance des appareillages, assistance au médecin. Il doit mettre en œuvre l'application de protocoles médicaux, spécifiques à la prise en charge de l'urgence et peut être à l'origine d'une réflexion sur la création de nouveaux protocoles.

L'infirmier(e) est aussi responsable de son matériel et de son bon fonctionnement ; ceci représente une charge de travail importante. En effet les vérifications sont effectuées quotidiennement et après chaque intervention, afin que le véhicule soit toujours opérationnel, prêt à intervenir.

Mais le rôle de l'infirmier(e) au cours des interventions s'exprime également dans la prise en charge psychologique du patient et de son entourage. Face à l'urgence il est évident que certains actes infirmiers seront prioritairement dispensés, compte-tenu du caractère vital de l'intervention. Le rôle de l'infirmier(e) ne se limite pas à l'exécution des gestes techniques et il doit s'inscrire dans un processus de prise en charge globale du patient et de son entourage. Cette partie du rôle infirmier fera l'objet d'autre chapitre sur l'accompagnement des proches.

D-Les autres partenaires de l'urgence

Afin d'être en mesure de répondre rapidement aux situations d'urgence sur tout le territoire, il a été mis en place des « Comités Départementaux d'Aide Médicale Urgente¹⁰ » sous la responsabilité du préfet, permettant la collaboration des hôpitaux, des sapeurs-pompiers et des médecins généralistes.

1 Les médecins généralistes

Le médecin généraliste est très souvent le premier appelé pour la prise en charge d'un malade en situation d'urgence.

Ils sont tenus, par le code de déontologie, de tenir un planning de garde dans la ville où ils exercent, afin de pouvoir intervenir dans le cadre de la médecine d'urgence. Ce planning est communiqué au SAMU-centre 15 indiquant les coordonnées du médecin le plus proche. Ils représentent souvent une alternative au déclenchement d'un SMUR quand la situation le permet, mais interviennent aussi en tant que correspondant du SAMU lorsque le SMUR est très éloigné du lieu d'intervention.

2 Les sapeurs-pompiers

240 000 sapeurs-pompiers (30 000 professionnels et 210 000 volontaires) font face à tout type de risques. Initialement chargés de la lutte incendie, leurs interventions se diversifient de plus en plus face à l'évolution des risques. Ainsi, la lutte contre l'incendie ne représente plus que 10 % des interventions, alors que plus de 60 % d'entre elles concernent le secours aux victimes. Les sapeurs-pompiers interviennent également pour prévenir tout risque d'accident. Ils assurent un service de proximité, organisé sur le plan local et géré à l'échelon départemental. Ils sont regroupés dans des centres de secours et effectuent trois millions d'interventions par an, soit une toutes les dix secondes. Ils sont volontaires pour 85 % d'entre eux, qui acceptent de s'engager au service de leurs concitoyens parallèlement à leur vie professionnelle. 10 % sont des professionnels, en particulier dans les villes de plus de 30 000 habitants.

Ils sont soit déclenchés seuls, quand le transport ne nécessite pas une médicalisation, soit en soutien d'une intervention du SMUR. Ils assurent le relevage et le transport de la victime depuis les lieux de la détresse jusqu'au centre de soins. Au sein de leur groupement, il existe des infirmiers et des

¹⁰ CDAMU : comités départementaux d'aide médicale urgente

médecins sapeurs-pompiers pouvant aussi intervenir soit seuls, soit en binôme dans les mêmes conditions qu'un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (appelé « SMUR rouge »). Cela peut être le cas lors de catastrophes dans le cadre des plans d'urgence (Rouge, Blanc).

E- Les attentes de la population

Dans le but de me faire une idée sur les attentes et la représentation de la population face aux services d'urgences pré-hospitalières, j'ai décidé de distribuer 20 questionnaires à des personnes de mon entourage, extérieures au milieu de la santé. Je vais donc vous présenter les résultats de cette pré-enquête.

QUESTION 1

Que représentent pour vous les SAMU et les SMUR ?

17 personnes ont répondu : la sécurité en cas de problème urgent engageant le pronostic vital.

11, pensent que ces services permettent une écoute efficace en cas de problème et reconnaissent la compétence et l'efficacité des intervenants.

8 témoignent de l'universalité de la couverture, c'est à dire l'aide à toute personne résidant sur le territoire français sans aucune discrimination.

Enfin, les **20** personnes interrogées reconnaissent la nécessité d'une telle institution.

Peu de personnes connaissent le fonctionnement réel du SAMU et du SMUR, bien que toutes connaissent le champ d'action des SMUR pour en avoir vu en intervention. Les urgences pré-hospitalières représentent, pour reprendre les termes de l'une des personnes investiguée, « la dernière chance ». De nos jours, en parallèle avec les progrès considérables de la médecine, l'individu se représente de plus en plus celle-ci comme une alternative à la mort et l'expression « dernière chance » l'illustre bien.

QUESTION 2

Quelles sont vos attentes par rapport à cette institution ?

Rapidité : 16 personnes

Efficacité : 13 personnes

Compétences : 7 personnes

Enfin, 4 personnes sont demandeuses d'une meilleure prise en charge psychologique.

La majorité des personnes interrogées attendent la rapidité et l'efficacité des intervenants sur le plan technique relevant de l'urgence vitale même. Mais 4 personnes abordent le sujet de la prise en charge psychologique et ne placent les soignants que sur un plan technique et interventionnel. Pour note, ces 4 personnes ont eu recours au SAMU et au SMUR. Ces personnes attendent des capacités relationnelles de la part des soignants, et une réelle capacité d'écoute et de soutien.

QUESTION 3

Pensez-vous que la prise en charge de l'urgence dispensée par le SAMU et les SMUR est satisfaisante ?

La totalité des personnes interrogées répondent être satisfaites de cette prise en charge. Elles pensent qu'il y a une bonne évaluation du danger et des réponses adaptées avec une rapidité d'intervention, sauf dans les lieux isolés moins bien desservis. Elles sont aussi satisfaites par la compétence des intervenants et leur grande technicité. Mais 4 personnes pensent qu'il devrait y avoir une meilleure prise en charge psychologique. Cela montre bien que les équipes de SMUR ne sont pas limitées à l'unique exercice technique de leur profession mais qu'elles doivent effectuer une prise en charge globale intégrant le patient et son entourage.

2

LA MORT...



A- Qu'est-ce que la mort ?

1 Définition

Il n'existe pas à proprement parler de définition « type » de la mort. On s'accordera à dire qu'elle correspond à l'arrêt des fonctions vitales. Elle représente la cessation définitive de la vie d'un individu.

2 Anthropologie de la mort

L'anthropologie suggère que la mort n'est qu'un état progressif qui débute dès la naissance :
« *La vie est un équilibre fragile entre la naissance et la mort des cellules du corps, un lent processus de vieillissement qui aboutit inexorablement à la mort de l'individu* ».

En outre, l'homme contrairement à l'animal est capable de penser à sa propre mort. Il peut y penser sans qu'il y ait danger de mort. C'est ce qui est appelé : « *conscience de la mort* ».

Cette conscience de la mort aurait pu entraîner l'homme vers une angoisse. Mais celui-ci a cherché à surmonter cette angoisse en concrétisant cette situation qui lui semblait abstraite. En plaçant le cadavre dans une tombe, l'homme s'est créé un rite de matérialisation de la mort. Ces rites ont évolué avec le temps et ont pris pour fonction d'assurer la « paix des vivants » et de séparer le mort des vivants. Ces rituels permettent aux proches du défunt d'effectuer leur deuil plus facilement sans être tentés par le désir de le rejoindre.

On distingue trois phases dans la réalisation du rituel. Dans un premier temps, il faut reconnaître et identifier la mort : chacun peut voir le corps du défunt. Ensuite le rituel se poursuit pour signifier le passage de la vie à la mort. Cette phase est souvent religieuse et en général l'histoire de la vie du proche est retracée. Enfin, le corps disparaît de la vue de l'entourage, soit par ensevelissement, soit par crémation. Cette disparition marque la séparation réelle d'avec le monde des vivants.

Ce rituel assure normalement une bonne qualité du deuil et constitue une réponse appropriée à l'angoisse de la mort. En effet, par ces gestes, les proches du défunt envisagent concrètement la perte de l'être aimé et peuvent mieux l'assumer.

3 Représentation et place de la mort dans la société

Au cours des siècles, parallèlement à l'évolution de la société, on peut remarquer une évolution quant à la représentation de la mort et à sa signification dans le cycle de la vie. Selon Ariès¹¹, on peut définir quatre étapes dans l'histoire de la mort : la mort apprivoisée, la mort de soi, la mort de toi et la mort interdite.

Jusqu'au XII siècle, la mort semble apparaître comme familière, proche et atténuée. En général, le sujet, parce qu'il est malade ou grièvement blessé, sait qu'il va mourir et prend les dispositions nécessaires à une « bonne mort ». La mort est acceptée, il y a une dimension communautaire, une solidarité et une familiarité face à la mort et aux morts. Elle représente alors l'accomplissement d'un destin collectif.

Dans la seconde partie du Moyen-Age, on voit apparaître un souci d'individualité. L'individu accorde une importance particulière à sa propre existence qu'il prétend déterminante de son sort à sa propre mort. Cela correspond à la crainte que représente le jugement dernier. On peut également observer un attachement beaucoup plus important à la vie et une angoisse particulière devant la mort physique.

¹¹ Philippe Ariès : historien français, spécialiste de l'histoire des mentalités.

Durant la période du XVI-XVIII siècle, Ariès remarque l'association d'une forme d'érotisme avec la mort. Cela correspond à l'intégration dans les consciences de la notion de rupture. Ariès écrit : « *Comme l'acte sexuel, la mort est désormais de plus en plus considérée comme une transgression qui arrache l'homme à sa vie quotidienne, à sa société raisonnable, à son travail monotone, pour le soumettre au paroxysme et le jeter dans un monde irrationnel, violent et cruel* ». La notion de la perte de l'autre prend alors toute sa dimension, et l'on voit apparaître une dramatisation excessive accompagnée de débordements émotionnels et affectifs.

De nos jours, la mort est considérée comme honteuse et comme objet interdit. Paradoxalement, on évite à la société et non plus au mourant, la douleur de la mort. Ariès écrit : « *..., il est désormais admis que la vie est toujours heureuse ou doit toujours en avoir l'air* ». C'est une façon de se protéger de toute agression pouvant détruire notre idéal de vie, en occultant complètement le problème initial. Ainsi, la mort devient un état qu'il faut abréger et effacer. Par opposition à la vision de la mort au XII siècle, celle-ci représente maintenant « l'accomplissement d'un destin personnel ». De plus, la mort se déplace de la maison vers l'hôpital, renforçant le caractère honteux presque secret de celle-ci. L'individu fuit toute situation génératrice de tristesse et de « mal être », d'où cette tendance à « escamoter » la mort.

B- La mort brutale

Lors d'un décès brutal, la mort surprend l'entourage en marquant une « cassure » dans la vie quotidienne. Cette expérience peut être majorée du fait qu'elle survient au domicile et être très traumatisante pour la famille qui est présente depuis le début de l'alerte jusqu'au décès de la victime.

Les psychotraumatismes :

Il existe, à l'origine du psychotraumatisme, un évènement déclencheur, c'est-à-dire une situation traumatisante. Quatre critères le caractérisent :

- Il est soudain et inattendu
- Il provoque un sentiment d'impuissance, d'affolement ou de colère.
- Il est lié à des émotions fortes ou des sentiments de peur intenses.
- Il confronte les victimes de façon indirecte ou directe avec la mort, ou une atteinte sérieuse de l'intégrité physique.

Cette situation va soumettre l'appareil psychique à une série de contraintes qui devront être gérées par la mise en place de mécanismes d'adaptations. Si cela est impossible, il se produit un choc dans l'appareil psychique, c'est le traumatisme. Le traumatisme n'est donc pas la réponse du psychisme à une situation particulière, mais sa non réponse, son blocage. L'individu est dans l'incapacité de « vivre » la situation du fait du caractère soudain et violent de l'évènement. C'est à ce moment là que l'on peut voir apparaître des signes évocateurs de cette souffrance tels que les cris, les pleurs, une irritabilité ou un accès de colère et encore des difficultés de concentration. Ils constituent une réaction tout à fait normale qui reflète l'état émotionnel de l'individu et l'incapacité du psychisme à surmonter la situation. Le traumatisme représente la confrontation à quelque chose d'impensable, d'indicible, à l'effraction d'un réel effrayant qui s'impose à soi. C'est donc une expérience aiguë d'effraction psychique et de débordement des défenses du Moi. Le traumatisme répond à un système binaire, il y a un avant traumatisme et un après, un point de bascule. L'évènement est tel qu'il défie le jugement, l'analyse et l'évaluation.

Par la suite, on peut voir apparaître chez ces personnes des troubles anxieux psychotraumatiques et des troubles comorbides : dépressions, troubles anxieux et angoisses, troubles du sommeil, conduites addictives (psychotropes, alcool, stupéfiants), troubles des conduites alimentaires.

La mort est un moment de crise qui va devoir déboucher sur un travail de deuil, travail qui ne consiste pas à oublier, mais à transformer la relation, à l'intérioriser. En cas de mort brutale, il faut essayer d'amortir le choc pour les proches. Etre conscient que, dans un tel

cas, le travail de deuil est beaucoup plus difficile à enclencher, car la famille n'a pas eu le temps de s'y préparer.

C- Le Deuil

1 Définition

« 1 : Perte, décès de quelqu'un. Il y a eu un deuil dans sa famille. 2 : Ensemble des signes extérieurs liés à la mort d'un proche et consacrés par l'usage (port de vêtements noirs ou sombres, en particulier.). 3 : Douleur, tristesse causée par la mort de quelqu'un. »²

Le mot "Deuil" est un vieux mot français qui signifie "douleur". Faire son deuil veut donc dire littéralement: "Passer à travers sa douleur". Ce mot a plusieurs significations. Il peut indiquer soit la situation de perte: "Il ou elle vit un deuil", soit il décrit un état dans le corps social: "Il ou elle est en deuil", ou encore il signifie un processus émotionnel et psychologique qui tend vers la réparation: "Il ou elle fait son deuil". Pour bien comprendre le processus du deuil, il est nécessaire de rappeler que l'être humain est un être d'attachement. Différentes façons de "faire son deuil" existent. Chaque personne évoluera à son propre rythme. Par exemple, on peut avoir rapidement accepté le décès d'un proche intellectuellement, alors qu'émotionnellement, l'intégration en soi de cette réalité va prendre plusieurs mois. Tous les cas de figures sont possibles.

2 Les étapes du deuil

2.1 L'annonce de la mort, le choc

Définition du choc : « *Émotion violente et brusque, blessure morale.* »¹²

Elle représente le premier stade du processus du deuil. Elle suscite d'abord un état de choc, qui permet l'autoprotection face à l'envahissement d'un sentiment de perte soudaine.

Une baisse de la tension artérielle peut survenir, de même que des difficultés respiratoires. L'impression que tout bouge au ralenti s'installe. Le temps passe sans trop que l'on s'en aperçoive, les minutes ressemblent à des heures, les heures aux journées. La notion du temps n'existe plus. La personne est figée, abasourdie et se pose souvent les questions : « Pourquoi cela m'arrive-t-il à moi ? », « Est-ce bien réel ? ». Lors de l'annonce de la mort, l'individu est littéralement submergé par ses émotions : sentiment d'impuissance, d'irréel, de colère due à la perte. Les mécanismes de défense lui permettent de ne pas se laisser envahir par la douleur et de pouvoir continuer à fonctionner. La personne a alors besoin de dire et répéter les détails du décès pour sortir de son état de choc. En effet, l'individu, dans un premier temps, a l'impression que le défunt reviendra, qu'il est parti en voyage car le décès n'est pas intégré et le choc trop important.

Lorsque que la mort est brutale, l'équilibre et la continuité du noyau familial sont soudainement rompus. Chacun, au sein de la cellule familiale, occupe une place bien définie qui lui est propre et permet ainsi aux autres membres d'avoir des repères. Ce schéma familial est universel et indispensable, il nous permet de nous « construire » ; c'est une base, les fondations de l'individu. Ainsi, un père pourra par exemple représenter un idéal à atteindre pour le fils, ou encore les enfants seront le symbole de l'accomplissement de l'union et de l'amour des parents. La relation et les liens affectifs que l'on peut avoir avec un proche sont propres à chacun. C'est cette interdépendance entre les différents individus d'une même famille qui fait que le décès brutal de l'un d'entre eux provoque un choc psychologique important, une perte de repères soudaine. La mort de l'être aimé devra être intégrée dans l'histoire familiale et faire l'objet d'une reconstruction, ce qui permettra de transmettre l'évènement de génération en génération.

En cas de mort brutale, le travail de deuil est beaucoup plus difficile à enclencher, car la famille n'a pas eu le temps de s'y préparer.

¹² Le Petit Larousse © Larousse, 2001

2.2 Le déni

Définition : « *Mécanisme de défense qui consiste à nier une perception traumatisante de la réalité extérieure.* »¹³

C'est l'incapacité à reconnaître en vérité la mort. Il produit un sentiment d'irrationnel, générateur d'anxiété. C'est par exemple la veuve qui met la table pour deux, ou avant de prendre une décision, parle de demander l'avis à son mari. La personne endeuillée a l'impression de sentir la présence de l'être disparu, de l'entendre ouvrir la porte, appeler ; ces impressions peuvent aller jusqu'à de véritables hallucinations auditives ou visuelles que l'endeuillé a besoin de partager avec d'autres. La représentation psychique n'est pas encore modifiée.

2.3 La colère

Définition : « *Etat violent et passager résultant du sentiment d'avoir été agressé.* »²

Lorsque l'individu reconnaît la perte, il peut avoir des réactions de colère et d'irritation. Confronté au non-sens de la vie et à sa solitude, il en veut à Dieu, à ses amis, à l'humanité. Cette agressivité n'est pas dirigée contre une personne en particulier mais plutôt envers la situation. L'état émotionnel de la personne endeuillée est encore fragile et la colère représente dans un premier temps un moyen d'extérioriser sa peine et sa souffrance. En effet, le choc est encore proche et il lui est difficile de mettre des mots à celles-ci. Il est tout à fait normal de ressentir de l'agressivité lorsque l'on a été abandonné par un être proche avec lequel existaient des liens affectifs forts. De plus, la colère, dans le processus de deuil, peut être significative d'un pas vers la guérison. Alors que la tristesse mobilise l'énergie de l'individu et l'affaiblit, la colère montre une hausse d'énergie et incite à l'action. L'individu est moins passif, il subit beaucoup moins son chagrin et commence à chercher des explications rationnelles et des moyens de se sentir mieux.

2.4 La dépression

Définition : « *état pathologique marqué par une tristesse avec douleur morale, une perte de l'estime de soi, un ralentissement psychomoteur.* »³

La dépression est une modification profonde de l'humeur dans le sens de la tristesse et de la souffrance morale, accompagné d'un désinvestissement de toute activité. L'individu déprimé vit dans un temps uniforme et monotone. Dans le travail de deuil, la dépression est l'expression et la conséquence d'un travail de désinvestissement de l'objet, qui du même coup oblige le sujet à ne plus être le même. La dépression est l'une des dernières phases du processus du deuil, elle correspond à l'intégration et la prise de conscience des pertes engendrées par le décès.

2.5 L'acceptation

L'acceptation constitue le dernier stade du processus. La personne endeuillée a réussi à surmonter les obstacles dus à la perte. Elle peut désormais parler de la mort du proche et peut verbaliser, mettre des mots sur ses émotions. Elizabeth Kübler-Ross explique : « *L'acceptation se manifeste chez l'endeuillé par une intériorisation de la présence de l'être cher.* »¹⁴ Cette période correspond à la célébration du nouveau moi, l'individu est dégagé de ces émotions et vit un état d'accalmie. L'endeuillé commence à refaire des projets personnels et arrive à nouveau à se projeter dans l'avenir.

¹³ Le Petit Larousse © Larousse, 2001

¹⁴ Docteur Elizabeth Kübler-Ross : psychiatre, ancien professeur de médecine du comportement.

3 Le deuil pathologique

Lorsque la mort survient de façon brutale, inattendue, le travail de deuil est beaucoup plus difficile que lorsqu'elle est déjà envisagée. Dans les deux cas, la douleur est bien présente mais les répercussions psychologiques diffèrent quelque peu. Le deuil est alors beaucoup plus difficile à vivre du fait du caractère soudain et quelque fois violent de la mort. Dans ce contexte, la survenue d'un deuil pathologique est beaucoup plus fréquente. Il correspond à l'incapacité de l'individu à terminer son travail d'acceptation. Ainsi, l'endeuillé est toujours sollicité, consciemment ou non, par la perte de l'être aimé. Il existe des facteurs favorisant l'apparition de ces complications, tel que la nature de la relation avec le défunt, le niveau de dépendance qui existait avec celui-ci, la nature et le contexte du décès (mort brutale, suicide), ou encore des deuils antérieurs non résolus.

Selon Michel Hanus¹⁵, le deuil pathologique découle de trois processus psychologiques :

- La reconnaissance de la réalité de la perte
- L'intériorisation de la relation (processus d'identification au défunt)
- Le travail sur les sentiments inconscients de culpabilité

Il existe trois types de deuil dit « compliqués » :

Le deuil absent ou inhibé

L'individu ne s'autorise pas à être triste, à exprimer sa souffrance, il craint de ne pouvoir gérer son désespoir. Cette crainte fait que l'endeuillé poursuit sa vie comme si de rien n'était, occultant complètement ses émotions. Il arrive fréquemment que ces personnes développent des problèmes somatiques qu'ils mettront sur le compte de problèmes professionnels ou familiaux. Ce type de deuil apparaît très souvent chez des personnes qui ne s'autorisent pas à vivre leurs émotions et qui ont tendance à nier leurs difficultés.

Le deuil différé ou retardé

Cette forme du deuil est reportée, c'est à dire que l'endeuillé, pour des raisons qui lui sont propres (responsabilités, prise en charge des proches, difficultés professionnelles) ne s'autorise pas l'immédiateté du deuil. Il remet à plus tard l'émergence de son état émotionnel, met de côté son ressenti. Mais tôt ou tard, ces émotions refont surface par l'intermédiaire d'un évènement déclencheur sans lien direct avec le décès du proche. Survient alors des réactions émotionnelles démesurées et non adaptées au caractère de l'évènement. Les émotions refoulées s'imposent alors à l'individu sans qu'il puisse à nouveau les dissimuler.

Le deuil tronqué

Dans le deuil tronqué, l'individu se trouve dans un processus d'évitement face à la peine et à la tristesse engendrées par la perte du proche. Parallèlement, les sentiments de colère et de culpabilité sont anormalement exagérés. Le sujet éprouve un intense sentiment d'abandon et se montre hostile à toute aide extérieure. Cet état est caractérisé par un cynisme marqué, une irritabilité importante ; la personne adopte des comportements autopunitifs. Le deuil tronqué survient souvent dans des cas de mort brutale tel que le suicide.

Le deuil chronique

Il correspond au deuil inachevé, et est caractérisé par son caractère récurrent. L'individu ne peut se détacher du défunt, il vit dans les souvenirs, ne peut se défaire des objets lui ayant appartenu, il éprouve un sentiment de manque. En règle générale, la personne est bien consciente que son deuil se prolonge indéfiniment mais elle n'arrive pas à avancer dans son travail d'acceptation, elle a l'impression d'être au fond du gouffre et de ne pouvoir en sortir. Elle est incapable de vivre l'instant présent et de se projeter dans l'avenir. La douleur est souvent moins forte mais « parasite » la vie de l'endeuillé.

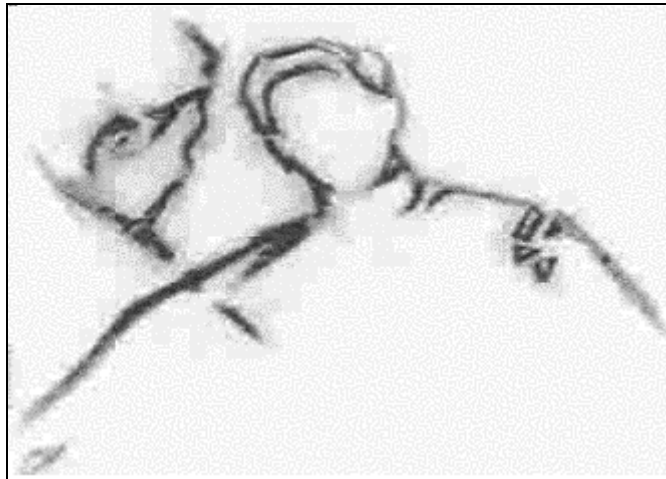
¹⁵ Michel Hanus : médecin psychanalyste

Dans le deuil pathologique, ou deuil compliqué, il existe un certain nombre de signes caractéristiques qu'il est important de pouvoir mettre en évidence. Voici les plus fréquemment rencontrés :

- Fortes réactions en parlant du défunt
- Réactions intenses de deuil lors d'un évènement mineur
- Hyperactivité
- Idéalisation du défunt
- Obsession du défunt
- Apparition de troubles physiques
- Dépression, colère
- Idées suicidaires
- Conduites addictives

3

L'ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES



A- Identification des besoins de la famille

Une personne qui vient de perdre un être cher traverse une épreuve difficile tant sur le plan psychologique que physique. Afin de pouvoir surmonter cette situation, elle va devoir répondre à un certain nombre de besoins ; et pour cela il sera nécessaire qu'elle soit accompagnée, entourée par des professionnels mais aussi par son entourage.

1 Besoins d'explications

Lors d'un décès brutal, la famille est abasourdie par l'évènement. En effet le défunt ne laissait peut-être paraître aucun signe de souffrance annonçant le décès imminent. C'est pour cela que la famille a besoin d'explications rationnelles de la part du corps médical et paramédical. Se pose alors souvent la question : « Comment cela est-il possible ? Il allait très bien ce matin ». Cela met en évidence le sentiment de culpabilité que peuvent avoir les proches. Il est fréquent qu'ils se sentent en partie responsable de ne pas avoir eu les bons réflexes, de ne pas avoir su dépister les signes d'un mal être. Il est donc primordial d'avoir un discours clair et de ne rien cacher aux proches car cela leur permettra de reconnaître la réalité de la perte plus rapidement et de façon non travestie.

2 Besoins spirituels

Les besoins spirituels représentent l'intimité des gens, ce sont leurs valeurs, leur culture et leurs croyances. Ils sont primordiaux car représentent l'identité, les fondements de l'individu et de la famille. Lors du décès, nous avons vu que l'annonce représentait le premier stade du processus du deuil. Tout de suite après commence la ritualisation de la mort, c'est-à-dire que la famille, suivant sa culture et ses croyances, va mettre en place des rituels qui lui permettront de se détacher du mort et d'exprimer sa souffrance avec la communauté. Les soignants n'interviennent pas directement dans ce processus mais doivent le faciliter s'il y a une demande particulière de la famille.

3 Besoins psycho-affectifs

Dans cette situation, l'individu a besoin de rester en relation, de ne pas être seul. Chacun réagit différemment à l'annonce de la mort d'un proche ; certains vont extérioriser leurs émotions (comportement hystérique) alors que d'autres auront tendance à se replier sur eux-mêmes, mais dans les deux cas, il est nécessaire qu'ils sentent la présence de personnes ressources afin de ne pas s'enfermer dans leur solitude. Les deux éléments importants sont donc :

- ❖ Le besoin d'être écouté
- ❖ Le besoin d'être entouré

Dans le contexte de la mort brutale à domicile, comme nous l'avons vu dans la deuxième partie du cadre, l'équilibre familial est rompu, il est donc important que l'individu ne se retrouve pas seul. Il aura besoin des autres membres de la famille pour surmonter cet obstacle, et pouvoir ainsi rétablir une homogénéité au sein de la cellule familiale, notamment en intégrant la mort et en donnant une nouvelle place au défunt. Cette démarche est délicate, elle déstabilise l'individu en perte de repères. Pour ce faire, il sera nécessaire qu'elle accepte la réalité de la mort et l'équipe médicale et paramédicale aura alors toute sa place.

B- Savoir-être et rôle infirmier

1 Savoir-être

Trois éléments caractérisent la profession infirmière ; d'un côté le *savoir-faire* qui regroupe l'ensemble des soins techniques, et de l'autre le *savoir-être* qui aborde le versant relationnel et la prise en charge psychologique, le *savoir* représentant les connaissances théoriques globales.



L'un ne va pas sans l'autre mais on peut remarquer que certaines personnes ont plus d'habileté, d'aisance dans un des deux domaines.

Au cours de sa formation, l'infirmier(e) reçoit un enseignement lui permettant d'acquérir un savoir-être, un comportement professionnel. Cependant, les capacités relationnelles dépendent aussi de la personnalité et du tempérament de chacun. Elles seront donc différentes d'un professionnel à l'autre.

Dans la prise en charge de la famille endeuillée, les capacités de l'infirmier(e) dépendront aussi de son vécu face à la mort. En effet, si en tant que soignant nous n'avons pas effectué nos propres deuils, il va être difficile d'apporter aide et soutien à une personne endeuillée. Le soignant pourrait alors s'identifier à l'individu, ayant pour effet de faire ressurgir ses propres émotions et angoisses, ne lui permettant plus d'avoir un comportement aidant et professionnel. La même chose peut se produire lors d'une situation ayant des similitudes avec notre vécu personnel.

De la même façon, le soignant doit faire le deuil d'un patient décédé. La mort n'aura pas les mêmes répercussions psychologiques que s'il s'agissait d'un proche, mais le processus du deuil, bien que beaucoup plus court et moins lourd de conséquences, reste le même. Cependant, lors d'un décès au cours d'une intervention du SMUR, la mort est souvent brutale et violente, et peut de la même façon que pour la famille, créer un traumatisme chez le professionnel. Dans un premier temps, ce traumatisme peut lui sembler minime et sans conséquence, mais à force d'accumulation, cela peut évoluer jusqu'au syndrome d'épuisement professionnel.

Dans le cadre de la mort à domicile au cours d'une intervention du SMUR, l'infirmier(e) devra aussi acquérir des capacités d'analyse et d'adaptabilité dans l'accompagnement des familles. Après l'annonce du décès par le médecin, les familles sont en état de choc. Cette étape est nécessaire, elle doit être vécue et l'infirmier ne pourra apporter que sa présence, son soutien. C'est aussi un moment qu'il pourra utiliser afin de préparer le corps du défunt afin qu'il soit « présentable » et que la confrontation avec la famille soit la moins traumatisante possible. Lorsque les proches ont pu voir le défunt, ils posent souvent les questions relatives au devenir du corps. L'infirmier devra alors informer la famille sur les modalités funéraires à envisager. Ce temps d'information permet bien souvent de reformuler les attentes de la famille et d'évaluer la situation nécessitant parfois de faire appel à d'autres acteurs du réseau de soins. Toute la difficulté réside dans l'organisation et l'évaluation de la prise en charge compte-tenu du cours délai de disponibilité de l'équipe. En effet, comme nous l'avons vu dans la première partie du cadre conceptuel, l'équipe du SMUR dispose de peu de temps à leur consacrer. Ce sera donc à l'infirmier et au médecin d'assurer le relais de la prise en charge.

Afin d'assurer des soins de qualité, l'infirmier(e) devra donc :

- Analyser sa pratique actuelle face à la mort.
- Evaluer les caractéristiques de ses interlocuteurs (cognition, culture, émotions).
- Annoncer de façon adaptée l'évènement, en partenariat avec le médecin.
- Amorcer l'accompagnement du deuil.

2 Rôle infirmier : législation et outil de prise en charge

2.1 Décret de compétence

De par sa formation, l'infirmier(e) a acquis de nombreuses connaissances et techniques relationnelles. Il ou elle est donc en mesure d'apporter aide et soutien psychologique à toute personne en détresse morale. En ce sens, le décret de compétence du 11 février 2002¹⁶ stipule que l'infirmier(e) peut, s'il le juge nécessaire, apporter « *aide et soutien psychologique* » et peut mettre en place un « *entretien, [...], privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire* ». Ces aptitudes font partie de son rôle propre, et s'appliquent totalement dans la prise en charge des familles endeuillées. S'il est vrai que l'annonce du décès relève d'un acte médical, l'infirmier(e) a toute sa place dans l'aide, le soutien et l'accompagnement des proches. Il peut ainsi faire émerger les besoins et attentes de ces familles, évaluer la situation, afin d'effectuer une prise en charge adaptée et personnalisée.

2.2 La relation d'aide

2.2.1 Définition

La qualité des relations inter-personnelles est devenue un atout essentiel dans la prise en charge infirmière. En ce sens, la relation d'aide apparaît comme le moyen par excellence pour accroître la compréhension des problèmes qui se posent et elle doit être utile aussi bien à celui qui mène l'entretien qu'à la personne aidée.

« *L'entretien d'aide est fondé sur une relation professionnelle dans laquelle une personne doit être aidée à opérer son réajustement à une situation à laquelle elle ne parvient pas à s'adapter.* »¹⁷

Le soignant doit donc être capable :

- De comprendre le ou les problème(s) qui se posent pour la personne aidée, au moment de l'entretien.
- D'aider cette personne à trouver des ressources et des stratégies en vue d'une meilleure adaptation. Pour ce faire, le soignant doit favoriser l'écoute et faciliter l'expression de l'individu.

La relation d'aide crée entre l'infirmier(e) et la personne aidée un lien significatif qui les implique tous les deux. Elle constitue un véritable soin que l'infirmier(e) réalise par sa capacité à puiser et utiliser sa propre personnalité et son expérience.

2.2.2 Les Buts

La relation d'aide permet à l'infirmier(e), dans l'accompagnement d'une personne endeuillée, de l'aider à :

- Diminuer ses peurs et son anxiété générées par la situation.
- Vivre cette situation de deuil, de perte.
- Faire émaner ses besoins et ses attentes.
- Prendre certaines décisions.
- Clarifier sa propre situation.

¹⁶ cf. annexe 1

¹⁷ Mucchielli Roger : « l'entretien de face à face », édition ESF, 1978

2.2.3 Aptitudes de communication dans la relation d'aide

L'ÉCOUTE : dans la pratique de la relation d'aide, elle représente une habilité, un outil essentiel que l'infirmier(e) devra développer. C'est par sa façon d'être totalement présent et attentif à la personne endeuillée que l'infirmier lui montrera sa volonté de le comprendre, à travers ses communications tant verbales que non verbales. Ecouter n'est pas le synonyme d'entendre, écouter signifie une réelle implication de l'aidant dans ce procédé thérapeutique. Elle est indispensable dans l'établissement d'une relation de confiance.

LA CLARTE : la relation d'aide a pour objectifs de clarifier une situation, d'identifier les problèmes et de favoriser l'expression de la personne en souffrance. L'infirmier(e) doit s'exprimer de manière claire plutôt que confuse, précise plutôt que vague, concrète plutôt qu'abstraite, spécifique plutôt que générale. La relation d'aide est beaucoup plus qu'une simple discussion, c'est un réel outil thérapeutique.

LE RESPECT : « respecter un être humain, c'est croire profondément qu'il est unique et qu'à cause de cette unicité, il est le seul à posséder tout le potentiel spécifique pour apprendre à vivre de la façon la plus satisfaisante pour lui ». L'infirmier(e) faisant preuve de respect pratique une écoute attentive, s'abstient de porter des jugements et tente de comprendre le point de vue de la personne aidée. Il identifie avec elle les ressources qu'elle possède et l'incite à les exploiter, tout en lui manifestant chaleur et soutien.

LA COMPREHENSION EMPATHIQUE : la principale attente de la famille endeuillée est d'être comprise, écoutée par l'infirmier(e). Il est nécessaire qu'il comprenne la signification des mots pour la personne afin de pouvoir les reformuler. L'individu désire non seulement que l'infirmier(e) comprenne ce qu'il lui dit, mais aussi qu'il reconnaisse ce qu'il ressent et ce qu'il vit.

L'AUTHENTICITE : c'est la correspondance entre ce que le soignant sent et pense et ce qu'il communique à la personne aidée. Ce qu'il exprime devra au plus correspondre à ce qu'il ressent intérieurement. Le soignant doit être en accord avec ce qu'il pense car la qualité de ce soin en dépend. L'individu ressent très facilement un manque d'authenticité, pouvant avoir comme effet de « couper » la relation.

L'IMMEDIATETE : c'est l'aptitude de l'infirmier(e) à aider l'individu à vivre le moment présent. En effet, la personne endeuillée est souvent incapable de vivre le moment présent, le seul qui soit à la disposition de tout être humain.

C'est aussi l'aptitude de l'infirmier(e) à parler de sa relation avec la personne aidée afin de résoudre les difficultés pouvant exister.

LA CONFRONTATION : elle consiste d'abord à relever les contradictions, les déformations que la personne exprime consciemment ou non pour empêcher les autres de voir ses difficultés et ses ressources inexploitées.

Nous avons vu que l'écoute est un des points essentiels de la prise en charge de la personne endeuillée. En effet, l'écoute active favorise l'établissement d'un climat de confiance. L'individu aura réellement le sentiment d'être compris, soutenu et aura alors beaucoup plus de facilité à se « livrer », à extérioriser ses émotions. Le respect et la compréhension empathique jouent également un rôle primordial pour une relation confiante et authentique entre le soignant et la personne aidée. Bien que très souvent plongé dans un état de choc et de torpeur, l'individu ressent très bien le positionnement du soignant et son implication dans la relation. Il est donc admis qu'elle dépend de ce que le soignant souhaite en faire.

La clarté est un autre point essentiel de l'accompagnement car elle représente « la clé » du bon déroulement du deuil. Dans le cas de la mort brutale à domicile, il existe bien souvent un fort sentiment de culpabilité de la famille qui pense ne pas avoir su réagir de la manière la mieux adaptée. La clarté dans le discours des soignants permet donc de bien préciser les circonstances du décès afin de faire diminuer l'angoisse et les idées faussement reçues et interprétées par l'entourage telles que : « il était un peu fatigué ce matin, j'aurais dû me rendre compte qu'il n'allait pas bien », ou : « j'aurais dû appeler le médecin plus tôt ». Ce sentiment de culpabilité peut donc être apaisé par le simple fait de tenir un discours clair et vrai.

L'authenticité est également très importante car chacun possède ses propres ressources à mener une relation d'aide de qualité. La personne endeuillée n'a pas besoin d'entendre des phrases toutes droites sorties d'un ouvrage théorique. C'est à chaque soignant d'utiliser judicieusement ses connaissances en accord avec sa vision propre du soin et ses capacités d'adaptabilité face à l'individu en souffrance. Les connaissances théoriques ne représenteront donc pas un objet statique, mais bien un réel outil de prise en charge.

Enfin, l'immédiateté et la confrontation permettent de montrer notre soutien à la personne endeuillée tout en essayant de reprendre avec elle des éléments encore mal intégrés. Elles permettent aussi de lui montrer ses ressources dans ce moment de souffrance tout en lui laissant l'initiative de les exploiter.

C- Réseau de soins et orientation

1 Immédiatement après le décès

Du fait du peu de temps dont dispose le médecin et l'infirmier du SMUR, il est important qu'ils puissent passer le relais à d'autres acteurs du réseau de soins. En effet, il semble primordial que la famille ne se retrouve pas livrée à elle-même. Dans un premier temps, les sapeurs-pompiers peuvent rester auprès de la famille jusqu'à l'arrivée des pompes-funèbres. Leur présence rassure les proches, qui bien souvent sont angoissés et déstabilisés de devoir rester seuls avec le corps du défunt au domicile.

L'infirmier et le médecin ont pu également faire appel au médecin traitant de la famille. En effet, dans certaines situations, et s'il existe une réelle demande, le médecin de famille peut prescrire un traitement permettant d'aider la personne endeuillée à surmonter l'étape du choc. De plus, il connaît bien la famille et a donc plus d'éléments lui permettant d'évaluer l'état émotionnel du patient. Cela permet d'effectuer une prise en charge plus globale de la personne endeuillée et d'assurer un suivi de qualité. En effet le médecin traitant est susceptible de connaître d'éventuels deuils antérieurs non résolus ou la situation précaire d'une personne sur le plan psychologique. Il pourra donc lui-même l'orienter vers d'autres professionnels (psychiatre, psychologue).

2 Par la suite...

L'orientation du patient peut aussi s'effectuer vers le service des urgences. Dans les centres hospitaliers où le SMUR dépend de ce service, cela permet parfois que la famille puisse revoir le médecin présent sur l'intervention, si celle-ci a besoin d'avoir d'autres explications ou d'être écouté. Parfois aussi le choc est trop difficile à surmonter et nécessite l'hospitalisation de la personne endeuillée, bien souvent lorsque celle-ci a déjà un terrain dépressif connu.

L'orientation vers les urgences peut aussi permettre aux familles de rencontrer le psychologue hospitalier qui pourra également les écouter et les aider à verbaliser leurs émotions. Cela peut parfois être une ressource importante car cette tierce personne n'était pas sur les lieux de l'intervention, et, n'appartenant pas à l'équipe de réanimation, ne renvoie pas ou moins à la souffrance du défunt. Le

psychologue peut aussi intervenir hors contexte hospitalier, dans le suivi et le travail du deuil, dans la résolution de problèmes.

Egalement, il peut être conseillé de rencontrer un psychiatre dans les situations où la mort brutale est trop difficile à intégrer. Ce travail est souvent nécessaire lorsqu'il existe par exemple une problématique face à la mort, antérieure au décès. Ce travail n'est donc pas uniquement fixé sur la perte du proche mais sur la problématique autour de la mort et les comportements de l'individu ; c'est un réel travail de fond.

ENQUETE

PRESENTATION DES OUTILS D'ENQUETE

Pour mener à bien ma recherche, j'ai procédé à la distribution de 40 questionnaires dans le service des urgences de trois centres hospitaliers. 20 m'ont été retournés remplis.

J'ai choisi d'utiliser comme outil d'enquête « le questionnaire » car cela m'a semblé être l'approche la plus adaptée pour mener à bien ce travail. Le sujet dont je traite n'obéit pas uniquement à des règles professionnelles ou des protocoles. La prise en charge qui en découle est donc très personnelle et dépend de la sensibilité de chacun face à ce sujet. En ce sens, cela m'a permis de recueillir un maximum de réponses qui m'ont permis d'obtenir une vision plus large et plus riche d'expériences.

J'ai axé cette enquête sur cinq grands thèmes qui sont :

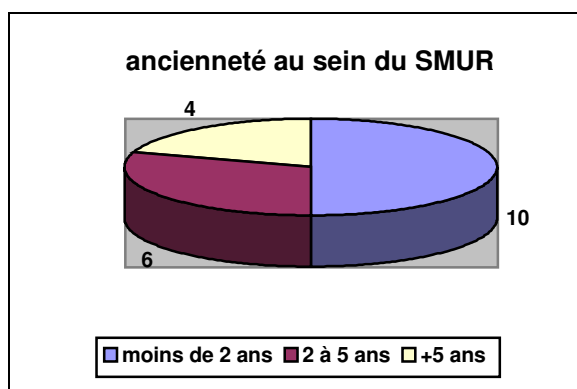
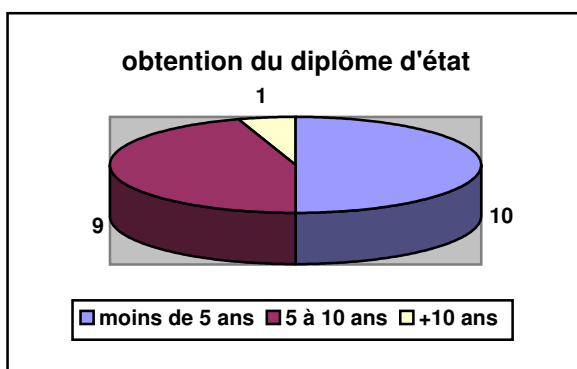
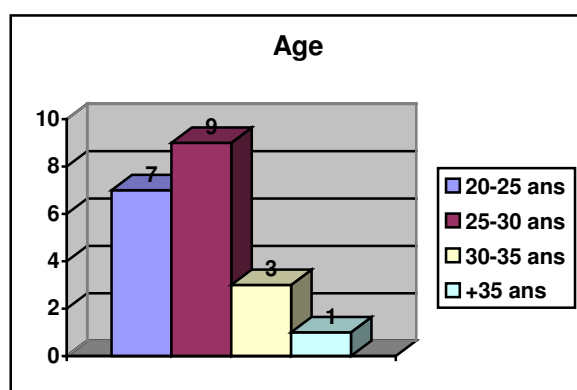
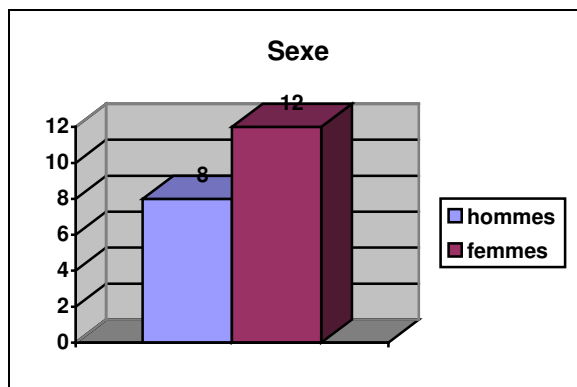
- 1) L'identification de la population investiguée.
- 2) L'accompagnement des familles.
- 3) L'information auprès de la famille.
- 4) L'orientation.
- 5) La formation continue.

1. Ce premier thème comporte 4 questions fermées de type Questionnaire à Choix Multiples renseignant sur l'identité de la personne et son expérience professionnelle.
2. Dans cette partie, deux grands axes se dessinent : d'un côté l'identification de la place et du rôle de l'infirmier(e) dans la prise en charge et de l'autre la mise en évidence des difficultés rencontrées et les solutions apportées. Elle comporte une question fermée, cinq questions ouvertes et une mixte.
3. Ce troisième thème comporte deux questions fermées et une mixte.
4. Cette partie concernant l'orientation des familles m'a permis de mettre en évidence les autres acteurs du réseau de soin assurant parfois le relais de l'équipe du SMUR. Elle est composée de deux questions mixtes.
5. Ce dernier thème abordé permet de nous renseigner sur la formation continue dont bénéficie les infirmier(e)s du SMUR sur les demandes existantes, à travers trois questions fermées.

DEPOUILLEMENT

QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES INFIRMIERS EXERCANT AU SEIN DU SERVICE MOBILE D'URGENCE ET DE REANIMATION

1 Identification de la population investiguée



A noter que tous sont titulaires du diplôme d'état infirmier. Aucun n'a suivi la formation d'infirmier anesthésiste. Ceux dont la date d'obtention est antérieure à 1995 possèdent un diplôme en soins généraux.

2 Accompagnement de la famille

- ✓ Avez-vous déjà été confronté, lors d'une intervention, à la mort d'un patient à domicile ?

20 oui
0 non

Si oui, veuillez préciser la nature des interventions les plus fréquemment rencontrées :

20 Arrêt Cardio-Respiratoire (consécutif à : Œdème Aigu du Poumon massif, Infarctus, Embolie Pulmonaire).
14 Suicide.
7 Mort subite du nourrisson.
4 Autres : Incendie, chute.

- ✓ Lors de l'annonce du décès à la famille, quelle place tenez-vous dans la prise en charge ?

15 Répondre aux questions de la famille.
13 Donner des informations sur la conduite à tenir (modalités funéraires).
11 Etre disponible.
9 Prendre le relais du médecin après l'annonce du décès (reformulation des informations).
8 Accompagnement de la famille auprès du défunt.
6 Préparation du corps du défunt.

- ✓ Quel est, à votre sens, votre rôle infirmier ?

16 L'Ecoute.
14 Orientation vers le réseau de soins.
13 Rôle d'Information.
10 Soutien psychologique
8 Accompagnement.
7 Relation d'Aide (aide à la verbalisation).
2 Dépend de la culture de la famille.

- ✓ Avez-vous déjà rencontré des difficultés dans l'accompagnement des familles ?

18 oui
2 non

Si oui, quelles étaient-elles ?

16 Manque de temps.
13 Etat émotionnel de la famille.
8 Stress généré par l'intervention.
6 Similitudes avec un vécu personnel.
3 Manque de connaissances.

3 Autres : différences culturelles, barrière linguistique, mort de nourrisson ou de personnes jeunes, devoir laisser seule une personne avec le corps du défunt.

✓ Quelles solutions avez-vous trouvées pour surmonter ces obstacles ?

- 13 En parler après l'intervention avec le médecin et l'équipe.
- 7 S'appuyer sur le travail en équipe.
- 5 Utilisation de la communication non verbale.
- 5 Aucune solution.
- 3 Remise en question de mon comportement pendant l'intervention.

✓ Lors de l'annonce du décès, quelles réactions avez-vous rencontrées de la part de la famille ?

- 18 Pleurs, cris.
- 14 Incompréhension.
- 12 Dénier devant la brutalité du décès.
- 9 Mutisme, repli sur soi.
- 5 Colère.
- 3 Agressivité.
- 2 Malaise.

✓ Comment procédez-vous pour établir une communication de qualité avec la famille ?

- 10 En s'adressant à la personne qui semble la plus calme, la plus réceptive.
- 8 Être disponible après l'annonce de la mort par le médecin.
- 5 Au cas par cas, en évaluant la situation.
- 2 Les gens n'entendent pas vraiment ce qu'on leur dit (état de choc).

Y a-t-il un moment propice à ce soin ?

- 9 Après s'être occupé du corps.
- 7 Lorsqu'on les informe sur les modalités funéraires.
- 5 Lorsque le calme est revenu.
- 2 Lorsqu'on amène les proches voir le corps du défunt.
- 2 Il n'y a pas de moment propice.

3 Information à la famille

✓ Avant de quitter les lieux de l'intervention, donnez-vous des informations aux familles en ce qui concerne les modalités funéraires ?

- 20 oui
- 0 non

✓ Si oui, pensez-vous qu'elles sont en mesure de recevoir ces informations compte tenu de leur état émotionnel ?

- 12 oui
- 6 non
- 2 les deux, suivant la situation.

Si oui à quel moment ?

- 8 Quand il y a une demande de la famille.
- 6 En fin d'intervention.
- 5 Lorsque la famille a pu voir le corps du défunt.

- ✓ Pensez-vous qu'il pourrait être utile de disposer d'un support écrit, reprenant ces informations, que l'on pourrait laisser à la famille ?

19 oui
1 non

4 Orientation et réseau de soins

- ✓ Orientez-vous parfois les familles vers d'autres acteurs du système de soins ?

17 oui
3 non

Si oui, qui sont-ils ?

17 médecin généraliste.
9 service des urgences.
5 psychiatre.
5 psychologue.

- ✓ Pensez-vous que le réseau de soins soit suffisamment efficace et accessible (disponibilité des soignants, structure adaptée...) ?

9 oui
11 non

Pourquoi ?

9 manque de disponibilité.
6 absence de transmission entre les différents acteurs du réseau de soins.

5 Formation continue

- ✓ Avez-vous déjà suivi une ou des formation(s) concernant la pratique de votre profession au sein du SMUR ?

17 oui
3 non

- ✓ Avez-vous déjà suivi une ou des formation(s) concernant l'accompagnement des familles lors de l'annonce du décès brutal d'un proche ?

0 oui
20 non

Si non, êtes-vous demandeur d'une telle formation ?

14 oui
6 non

- ✓ Souhaiteriez-vous pouvoir bénéficier d'un support psychologique dans l'exercice de votre profession, sous forme de débriefing ?

16 oui
4 non

Si oui, veuillez préciser :

- 9** débriefing de groupe.
- 3** débriefing individuel.
- 4** les deux.

ANALYSE

I- Analyse descriptive

1 Identification de la population investiguée

Les questionnaires de cette enquête ont été remplis par des infirmier(e)s exerçant au sein d'un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation. On dénombre 12 femmes et 8 hommes, tous sont infirmiers diplômés d'état. 10 d'entre eux sont diplômés depuis moins de cinq ans, 9 depuis cinq à dix ans et 1 infirmier l'a obtenu il y a plus de dix ans.

La population investiguée est jeune ; en effet, 7 d'entre eux ont entre vingt et vingt-cinq ans, 9 entre vingt-cinq et trente ans, 3 entre trente et trente-cinq ans et 1 personne a plus de trente-cinq ans. L'expérience au sein du SMUR est de moins de deux ans chez 10 infirmier(e)s, de deux à cinq ans pour 6 autres et 4 ont une expérience de plus de cinq ans.

2 Accompagnement de la famille

2.1 Identification de la place et du rôle de l'infirmier(e)

A la question, *Avez-vous déjà été confronté, lors d'une intervention, à la mort d'un patient à domicile ?*, tous ont répondu « oui ». La nature des interventions les plus fréquemment rencontrées étant, dans un ordre décroissant, l'arrêt cardio-respiratoire (20 réponses), les suicides (14 réponses), la mort subite du nourrisson (7 réponses), et les autres causes : incendie, chute (4 réponses).

Lors de l'annonce du décès à la famille, 15 pensent avoir une place dans la prise en charge pour répondre aux questions de la famille, 13 afin de donner les informations sur le devenir du corps, 11 d'entre eux pour leur disponibilité, 9 afin de pouvoir reformuler les informations données par le médecin, 8 dans l'accompagnement des proches auprès du corps et enfin, 6 estiment avoir leur place pour la préparation du corps. A noter que 7 personnes insistent sur la nécessité du travail d'équipe et de la bonne cohésion dans le binôme médecin-infirmier.

En ce qui concerne le rôle infirmier, l'écoute vient en première position avec 16 réponses, puis viennent l'orientation vers le réseau de soins (14 réponses), l'information (13 réponses), le soutien psychologique (10 réponses), l'accompagnement (8 réponses), et la relation d'aide avec 7 réponses. 2 personnes soulignent qu'il dépend de la culture de la famille.

2.2 Les difficultés

Sur les vingt infirmier(e)s interrogés, 18 ont déjà rencontré des difficultés dans la prise en charge des familles endeuillées. 16 d'entre eux pensent qu'elles sont dues au manque de temps, 13 à l'état émotionnel de la famille, 8 au stress généré par l'intervention, 6 à des similitudes avec leur vécu personnel et 3 les expliquent par le manque de connaissances. Certains ont également éprouvé des difficultés par rapport à la culture de la famille (1 personne), à la barrière des langues (1 personne), ou encore vis-à-vis de personnes jeunes ou enfants décédés (2 personnes).

Les deux principales solutions à ces difficultés ont été, d'en parler après l'intervention avec le médecin et l'équipe pour 13 d'entre eux, de s'appuyer sur le travail en équipes pour 7 personnes. Viennent ensuite, l'utilisation de la communication non verbale (5 personnes) et la

remise en question (3 réponses). A noter que 5 personnes n'ont pas pu trouver de solution à ces difficultés.

Lors de l'annonce du décès brutal, les réactions sont multiples comme, les pleurs et les cris (18 réponses), l'incompréhension (14 réponses), le déni (12 réponses), le mutisme (9 réponses), la colère (5 réponses), l'agressivité (3 réponses) ou encore des malaises (2 réponses).

Dans cette situation, il est parfois difficile d'établir une « bonne » communication avec la famille. La moitié des infirmier(e)s ont répondu qu'il est préférable de s'adresser à la personne qui semble la plus réceptive, 8 pensent qu'il faut avant tout être disponible, 1/4 avancent le fait que cela dépend de chaque intervention et de chaque individu (« au cas par cas ») et 2 expliquent que les proches ne sont pas toujours en état d'assimiler ce qu'on leur dit (état de choc). Sur les vingt infirmier(e)s, 9 établissent cette communication après avoir préparé le corps du défunt et 7 le font lorsqu'ils donnent les informations à la famille sur les modalités funéraires. Certains attendent que le calme soit revenu (5 réponses), et 2 le font lors de l'accompagnement auprès du corps. Enfin, 2 personnes pensent qu'il n'y a pas de moment propice.

3 Information à la famille

Avant de quitter la famille, la totalité des soignants ont répondu donner des informations concernant les modalités funéraires. Plus de la moitié pensent que les proches sont en mesure de recevoir ces informations et 2 personnes ont répondu les deux, suivant le contexte et suivant les familles. 8 infirmier(e)s sur 16 les donnent quand il y a une demande de la famille, ou en fin d'intervention (6 réponses), ou encore lorsque la famille a pu voir le corps (5 réponses). La majorité pensent qu'un support écrit reprenant ces informations pourrait être utile (19 réponses).

4 Orientation

L'orientation des familles vers d'autres acteurs du réseau de soins est parfois nécessaire. La majorité des soignants (17 sur 20) disent l'effectuer lorsque la situation l'impose. Ce sont essentiellement les médecins généralistes qui interviennent (17 réponses), mais l'orientation peut se faire également vers le service des urgences (9 réponses), ou encore vers un psychologue ou un psychiatre sur avis médical (5 réponses).

Les soignants sont partagés quant à l'efficacité et l'accessibilité du réseau de soins. Les 11 ayant répondu qu'ils ne le trouvent pas entièrement satisfaisant, avancent plusieurs arguments comme, le manque de disponibilité (9 réponses) et l'absence de transmission entre les différents acteurs (6 réponses).

5 Formation continue

La majorité des infirmier(e)s interrogés ont déjà suivi une ou plusieurs formations relatives à la pratique de leur profession au sein du SMUR (16 sur 20). Par contre, aucun(e) n'a suivi de formation sur l'accompagnement de la famille endeuillée dans le contexte de la mort brutale, bien que 14 d'entre eux en soient demandeurs.

En ce qui concerne la question sur l'éventuel besoin d'un support psychologique pour l'équipe, 16 ont répondu « oui ». 3 souhaiteraient ce support sous forme de débriefing individuel, 9 en groupe et 4 ont répondu les deux suivant le contexte.

II- Analyse interprétative

En tant qu'infirmier(e) du SMUR, il est fréquent d'être confronté à la mort. Toutes les personnes ayant répondu à l'enquête disent avoir déjà vécu la mort d'un patient à domicile. Elle revêt alors différentes formes ; les plus fréquentes, selon les résultats de l'enquête, étant l'arrêt cardio-respiratoire, le suicide ou encore la mort subite du nourrisson. Ces formes de la mort renvoient une image violente aux soignants qu'ils devront maîtriser afin d'avoir un comportement professionnel et adapté auprès de la famille endeuillée. Comme nous l'avons étudié, la mort brutale à domicile provoque chez les familles un réel état traumatique. L'annonce de la mort représente un moment délicat pour les soignants car les réactions des proches sont imprévisibles et propres à chacun. De plus, la mort survient dans l'intimité des personnes, dans des lieux qui leur sont propres, chargés de souvenirs rappelant le défunt. La mort revêt donc un caractère intrusif. Dans cette situation, la famille a besoin d'être entourée, écoutée, rassurée ; cela demande à l'infirmier(e) une capacité d'écoute et une grande disponibilité. Il doit également faire preuve d'adaptabilité car dans le contexte de la mort à domicile le soignant n'a pas le support de l'institution qu'il peut avoir à l'hôpital. C'est à lui de s'adapter à la situation, à la famille dans ses dimensions psycho-socio-affectives. Il a une place importante dans l'accompagnement de la famille après l'annonce du décès par le médecin mais aussi dans l'accompagnement auprès du corps et dans l'information relative à son devenir comme le souligne la majorité des infirmier(e)s interrogés.

Nous l'avons vu, le décret de compétence du 11 février 2002 inclus le soutien psychologique du patient et de son entourage dans les soins. En ce sens, les soignants interrogés expliquent leur rôle infirmier comme un rôle de soutien, d'écoute, d'accompagnement, d'information et d'orientation auprès de la famille. De plus, près de la moitié d'entre eux disent utiliser comme support de cette prise en charge, la relation d'aide. Il semble évident qu'elle n'est pas utilisée dans un cadre thérapeutique comme elle pourrait l'être lors d'entretiens programmés en centre de soins mais plutôt comme un outil aidant à la verbalisation et la libre expression des émotions des proches endeuillés. Dans le vécu de ces interventions, la grande majorité des infirmier(e)s soulignent l'importance du travail en équipe avec les médecins du SMUR. Ils l'avancent comme un atout essentiel permettant un meilleur vécu et une prise en charge cohérente et de qualité. En ce sens, je pense que ce point constitue une des limites de ma recherche. En effet, cela aurait permis une ouverture à mon sujet et une meilleure compréhension de la place et du vécu de l'infirmier(e).

La grande majorité des soignants interrogés expriment avoir déjà rencontré des difficultés dans l'accompagnement de ces familles. Elles sont dues pour la plupart au manque de temps à consacrer. Nous avons vu dans l'approche théorique que les équipes de SMUR ont un temps bien imparti en ce qui concerne les interventions. En effet, ils interviennent dans le cadre de l'urgence vitale, et bien qu'étant tenu à la prise en charge psychologique des proches, doivent pouvoir être disponibles le plus rapidement possible. La relation qu'établit l'infirmier(e) avec la famille possède donc ses propres limites. Vient ensuite l'état émotionnel de la famille qui représente parfois pour 13 des soignants une source de difficulté. Dans ces instants, les proches sont littéralement submergés par leurs émotions et perdent tous repères avec la réalité. L'infirmier(e) devra donner des points de repères c'est à dire mettre en place un cadre permettant de canaliser les émotions des proches et ainsi pouvoir répondre au mieux à leurs attentes en les confrontant à la réalité. Le soignant, comme nous l'avons vu dans la partie théorique, a donc un rôle d'accompagnement et de soutien, il est en quelque sorte garant d'une sécurité pour la famille, tout au moins pendant la période de choc émotionnel. Le caractère violent et brutal du décès rend parfois difficile cet accompagnement, au regard du traumatisme psychique vécu par la famille. D'autres sources de difficultés sont avancées par les soignants interrogés tels que le stress de l'intervention ou encore l'existence de similitudes avec leur propre vécu. En effet, lorsque ces situations se produisent, la prise en charge de la famille est « parasitée » par l'état émotionnel du soignant et non plus par celui des proches. L'infirmier(e) peut alors se trouver en « porte à faux » entre son rôle de soignant et son existence en tant qu'individu. Cela nous amène au traumatisme que peut vivre

l'infirmier(e) dans la pratique de sa profession. Comme nous l'avons vu dans le cadre théorique, le soignant doit aussi effectuer son propre deuil du décès du patient et de l'échec de la réanimation. Cela peut également avoir pour effet de faire ressurgir des émotions et des souffrances qui lui sont propres.

Face à ces difficultés, l'infirmier(e) doit trouver des stratégies personnelles lui permettant d'avancer sans laisser ces expériences dans le « non sens » et le refoulement. Bien souvent, c'est avec l'équipe que ce fait ce travail sous la forme d'échanges informels. C'est ce que révèle l'enquête quant aux situations difficiles à assumer pour les soignants. Près de la moitié d'entre eux expliquent l'importance d'un travail d'équipe de qualité. En effet, quand il existe une bonne cohésion et une stabilité au sein de celle-ci, il devient beaucoup plus aisé de parler ouvertement des problèmes existant et d'y trouver des solutions. Il est intéressant de noter que 5 des personnes interrogées n'ont pas trouvé de solution à ces difficultés. Cela peut être le signe d'un « manque » au niveau du soutien apporté aux soignants. En ce sens, l'enquête révèle qu'ils seraient demandeurs d'un soutien de l'institution sous forme de débriefings individuels ou de groupes. Les échanges informels avec l'équipe sont primordiaux mais certaines situations « mal vécues » nécessitent parfois l'intervention d'une tierce personne extérieure au service.

Quant aux difficultés provenant de l'état émotionnel des proches, l'utilisation de la communication non verbale et du toucher semble être un atout majeur comme le souligne ¼ des infirmier(e)s. Lorsque l'on est face à une personne désespérée, submergée par la situation, cette forme de relation peut être indiquée. Les familles ont besoin d'être entendues mais aussi d'être contenues car elles vivent dans un état de réactions non-contrôlées. Le soignant a en quelque sorte un rôle de « garde-fou » dans le sens d'une attitude contenant et rassurante. En ce sens, le non verbale et le toucher, l'attitude du soignant, sont parfois plus porteurs qu'un échange verbale que la personne endeuillée n'est pas toujours prête à accepter.

L'établissement de la communication n'est donc pas simple, certaines personnes n'entendent pas vraiment ce qu'on leur dit, d'autres ne désirent pas en parler, c'est donc plutôt l'attitude du soignant et ces capacités à entendre les réactions de la famille qui détermineront la qualité de l'échange. Dans un premier temps, l'échange entre la personne endeuillée et le soignant repose sur l'expression des émotions, c'est un temps décrit sous le terme de defusing qui correspond au « désamorçage » de la situation.

Au niveau du rôle d'information des infirmier(e)s, le soignant est tenu de donner des renseignements sur les modalités funéraires et le devenir du corps. En ce sens, l'enquête montre que ce temps est important, permettant de recadrer la famille avec la réalité. Mais bien souvent, les informations ne peuvent être assimilées par les proches. C'est pourquoi, la majorité des soignants pensent qu'un support écrit pourrait être bénéfique pour la famille car lorsque l'équipe du SMUR doit quitter le domicile il permettrait de laisser des repères auxquels les proches pourraient se référer.

Ce temps d'échange permet également à l'infirmier(e) de dépister une éventuelle situation problématique qui pourrait porter préjudice à la personne endeuillée. Cette notion est primordiale dans la prise en charge car permet aux soignants de pouvoir l'orienter vers d'autres acteurs du système de soins. Nous avons vu que l'équipe du SMUR ne dispose que de peu de temps, d'où l'importance de pouvoir effectuer le relais auprès d'autres professionnels et ainsi ne pas laisser la famille seule face à cet événement traumatique. L'enquête révèle que plus des ¾ des soignants interrogés pratiquent cette orientation essentiellement vers les médecins généralistes, les services d'urgences et parfois, sur avis médical vers un psychologue ou un psychiatre.

III- Synthèse de l'analyse

Au terme de cette analyse, j'ai pu mettre en évidence plusieurs problèmes émanant de cette prise en charge. Voici la synthèse de ces difficultés :

- Au cours des interventions du SMUR, la confrontation avec la mort est parfois violente, par exemple dans le contexte d'un suicide ou de la mort subite d'un nourrisson, et provoque un réel traumatisme chez la famille.
- La violence des interventions peut aussi provoquer un traumatisme chez le soignant. Il doit pouvoir avoir l'opportunité d'exprimer ses difficultés afin de pouvoir prendre du recul par rapport à la situation. Suite à cette analyse il semble exister une demande de la part des infirmier(e)s interrogé(e)s quant à la mise en place de débriefings ponctuels.
- L'état émotionnel de la famille représente une source de difficultés pour les soignants. Au regard du traumatisme psychique vécu par les proches, la communication et l'échange sont parfois difficile à instaurer. L'utilisation de la communication non verbale est un atout dans la mise en place de cette relation de confiance.
- Les proches ne sont pas toujours aptes à assimiler les informations qu'ils reçoivent. Au terme de ce travail, j'ai pu remarquer l'importance des repères que l'équipe soignante donne aux familles. Ils permettent la clarification de la situation et la confrontation à la réalité.
- La perte brutale d'un proche à domicile peut déclencher une situation problématique pour la famille et nécessite donc une capacité d'analyse de la part des soignants quant au dépistage des risques. Cela permet l'orientation vers les autres acteurs du système de soins et un meilleur suivi de la personne endeuillée, une continuité dans les soins.

SOLUTIONS

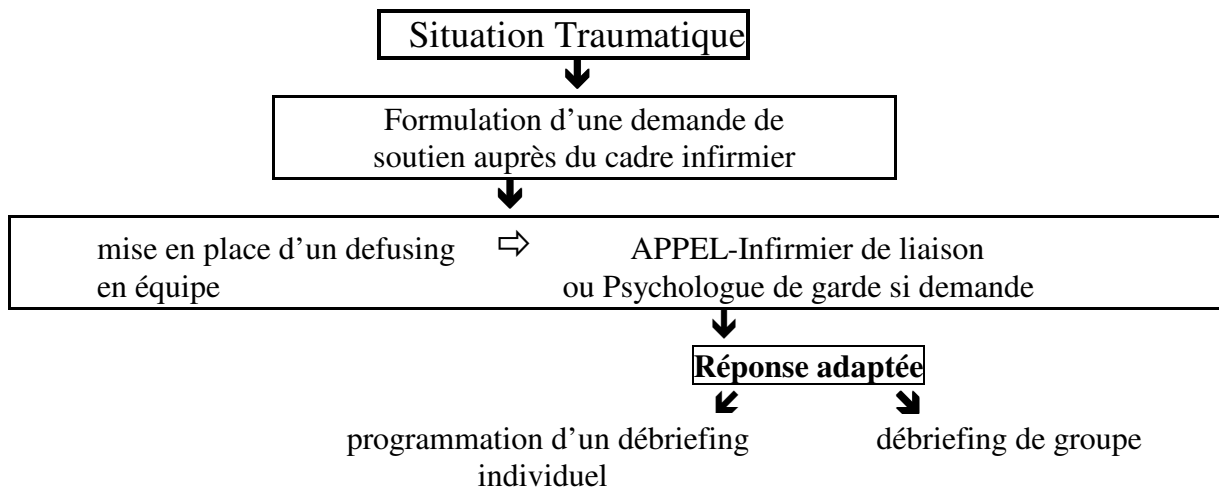


SOLUTIONS

Au terme de cette recherche, j'ai pu remarquer que les soignants ont parfois des difficultés à prendre en charge les familles endeuillées. D'un côté il semblerait qu'elles proviennent de l'état émotionnel des proches ne permettant pas toujours d'établir une bonne communication. De l'autre, les problèmes viendraient du vécu des soignants face à ces situations qui les renvoient parfois à leur propre histoire. Je vais maintenant vous présenter mes solutions :

Solution 1

Ma première solution concerne les moyens que l'on pourrait mettre en œuvre auprès des soignants pour leur permettre d'être soutenu lors d'interventions difficiles à vivre. Elle consisterait à la mise en place d'un réseau de soutien autour du soignant. Ainsi il pourrait faire appel à une tierce personne (infirmier psychiatrique de liaison ou psychologue) afin de mettre en place un débriefing, soit individuel, soit en équipe. Ces interventions seraient occasionnelles et la demande serait formulée par les soignants. Il est primordial de prendre en compte l'importance du travail en équipe dans le binôme médecin/infirmier(e). En effet, c'est d'abord à ce niveau que l'on peut identifier la demande car lors d'une prise en charge difficile, le defusing se mettra en place, dans un premier temps, autour de ces deux soignants.



Solution 2

Ma deuxième solution serait de mettre en place des formations concernant l'annonce du décès brutal. Elle consisterait en un apport théorique sur la place et le rôle de l'infirmier(e) dans la prise en charge des proches endeuillés mais aussi permettrait de confronter les pratiques de chaque soignant face à ces situations offrant ainsi un échange et un enrichissement pour chacun. Cela pourrait être instauré sous forme de groupes de travail où chacun partagerait ses expériences et son vécu. Il y aurait donc deux objectifs principaux :

- ✓ apport de connaissances sur l'annonce de la mort et les psychotraumatismes.
- ✓ Echanges sur les pratiques et le vécu de chacun.

CONCLUSION

CONCLUSION

Nous avons pu voir, au cours de ce travail, que le rôle de l'infirmier(e) dans un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation est très complexe. En effet, il doit être à l'aise tant sur le plan technique, dans le premier temps de l'intervention, mais aussi sur le plan relationnel par exemple dans la prise en charge de la famille endeuillée. De plus, cette prise en charge demande une grande capacité d'adaptabilité et doit s'effectuer en un minimum de temps. Il me semble que l'infirmier(e) possède un certain nombre d'outil et de connaissance lui permettant d'assurer des soins de qualité. Néanmoins, les situations auxquelles il est confronté sont parfois violentes, agressives et peuvent avoir des répercussions tant sur le plan personnel que sur le plan professionnel. Comme je l'ai expliqué dans l'analyse de l'enquête le cadre de l'institution est inexistant pour l'infirmier(e) du SMUR. Cela implique une grande autonomie et une gestion efficace du stress qui en découle.

En ce sens, il me paraît indispensable d'apporter un soutien à ces soignants afin qu'ils puissent évacuer leurs ressentis lors d'interventions « difficiles », lors de l'échec de la réanimation entraînant le décès du patient. Je pense que cela ne peut qu'améliorer la prise en charge qu'ils dispensent. La tendance actuelle veut que le patient soit au centre du système de soins dans le but d'être toujours plus performant. Cette humanisation de la profession ne doit pas cacher le fait que les soignants ont eux aussi besoins d'être entendus et soutenus.

Il me semble que les soignants pourrait également échanger leur vision des soins dispensés autre que par des discussions informelles. Comme je l'ai expliqué dans mes solutions, chacun a une façon très personnelle de prendre en charge une famille endeuillée. Ce sont parfois des « petits mots » qui paraissent insignifiants et qui pourtant sont d'un grand réconfort auprès des proches.

Ce travail m'a permis de réfléchir sur l'exercice futur de ma profession et m'a conforté dans mon souhait de travailler au sein d'un service SMUR. S'il est vrai que les trois ans de formation nous permettent d'acquérir de nombreuses connaissances et attitudes professionnelles, il n'en reste pas moins important de s'inscrire dans une optique de formation continue et de remise en question par rapport aux soins que l'on dispense. Il m'a également permis de rencontrer de nombreux professionnels et de pouvoir confronter leurs différences quant à leur vision de la profession et leur rôle dans la prise en charge au sein du SMUR.

L'accompagnement de la famille ne dépend pas seulement de la mise en pratique d'éléments théoriques ; je pense que le travail d'équipe avec le médecin urgentiste est primordial afin qu'il soit cohérent et adapté. C'est donc pourquoi j'aurais pu inclure et développer une partie concernant l'interdépendance de ces deux intervenants dans la prise en charge de la famille, lors de la perte brutale d'un proche à domicile. En effet, la relation à l'intérieur de ce binôme est très riche d'apprentissages. Elle est indispensable en ce qui concerne les échanges de connaissances, le partage du vécu des interventions et la qualité des soins dispensés. En ce sens, je pense qu'une réflexion sur la place du travail en équipe au sein des SMUR aurait pu faire l'objet d'un autre travail de recherche.

BIBLIOGRAPHIE

Périodique

- ❖ Revue de l'infirmière, N°87, Janvier 2003, « expansion science ».

Ouvrages

- ❖ « Vivre avec la mort et les mourants », Elisabeth Kübler-Ross, édition du Tricorne, 1984, 189 pages.
- ❖ « Le deuil à vivre », Marie-Frédérique Bacqué, édition Odile Jacob, 1995, 260 pages.
- ❖ « Essais sur l'histoire de la mort en occident du moyen âge à nos jours », Philippe Ariès, édition du Seuil, 1975, 222 pages.
- ❖ « Nouveaux cahiers de l'infirmière », « Soins infirmiers aux urgences et en réanimation, transfusion sanguine », Jean-Pierre Carpentier, sous la direction de Léon Perlemuter, Jacques Quevauvilliers, Gabriel Perlemuter, Béatrice Amar et Lucien Aubert, édition Masson, 2002, 288 pages.

Internet

- ❖ <http://www.samu-de-france.com>
- ❖ <http://www.samu68.org>
- ❖ <http://www.invivo.net/samu75>
- ❖ <http://www.prevention.ch/lepreuvedudeuil.htm>
- ❖ <http://membres.lycos.fr/pierreg/Deuil.html>

Dictionnaire

- ❖ Petit Larousse 2001, cédérom.

ANNEXES

ANNEXE 1

Décret de compétence n°2002-194 du 11 février 2002

Décret de compétence no 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

*J.O. Numéro 40 du 16 Février 2002 page 3040 -
NOR : MESP0220026D*

Art. 1er. - L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

Art. 2. - Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

- 1 De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;
- 2 De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;
- 3 De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
- 4 De contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;
- 5 De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

Art. 3. - Relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Dans ce cadre, l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions de l'article 5 ci-après. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

Art. 4. - Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article 3.

Art. 5. - Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
- Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
- Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ; vérification de leur prise ; surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
- Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article 6 ci-après, et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
- Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
- Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire de changement de sondes vésicales ;
- Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
- Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;

- Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
- Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
- Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
- Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
- Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
- Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
- Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
- Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
- Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux visés à l'article 6 ci-après ;
- Prévention et soins d'escarres ;
- Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
- Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
- Toilette périnéale ;
- Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
- Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
- Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
- Irrigation de l'oeil et instillation de collyres ;
- Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
- Surveillance de scarifications, injections et perfusions visées aux articles 6 et 8 ci-après ;
- Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
- Pose de timbres tuberculiques et lecture ;
- Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;
- Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
- Surveillance des cathéters, sondes et drains ;
- Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article 9, et pratique d'examens non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;
- Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;
- Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :
 - a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène (pH) ;
 - b) Sang : glycémie, acétonémie ;
- Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
- Aide et soutien psychologique ;
- Observation et surveillance des troubles du comportement ;
- Dans le domaine de la santé mentale, l'infirmier accomplit en outre les actes ou soins suivants :
 - a) Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;
 - b) Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ;
 - c) Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;
 - d) Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier et le patient.

Art. 6. - Outre les actes et activités visés aux articles 11 et 12, l'infirmier est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

- Scarifications, injections et perfusions autres que celles visées au deuxième alinéa de l'article 8 ci-après, instillations et pulvérisations ;
- Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiques ;
- Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ;
- Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;
- Injections, et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :
 - a) De produits autres que ceux visés au deuxième alinéa de l'article 8 ci-après ;

b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article 10 ci-après.

Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;

- Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article 5 ci-dessus ;
- Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;
- Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;
- Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;
- Ablation du matériel de réparation cutanée ;
- Pose de bandages de contention ;
- Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ; renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;
- Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;
- Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article 9 ci-après ;
- Instillation intra-urétrale ; injection vaginale ;
- Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;
- Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ; soins et surveillance d'une plastie ;
- Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;
- Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;
- Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;
- Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;
- Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;
- Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;
- Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;
- Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article 9 ci-après ;
- Mesure de la pression veineuse centrale ;
- Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;
- Pose d'une sonde à oxygène ; installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;
- Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ;
- Saignées ;
- Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;
- Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;
- Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;
- Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;
- Recueil aseptique des urines ;
- Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;
- Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;
- Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique ;
- Mise en oeuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier et le patient, et des protocoles d'isolement.

Art. 7. - L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

Art. 8. - L'infirmier est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

- Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué

par l'infirmier ;

- Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;
- Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;
- Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ;
- Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;
- Pose de dispositifs d'immobilisation ;
- Utilisation d'un défibrillateur manuel ;
- Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article 10 ci-après ;
- Techniques de régulation thermique y compris en milieu psychiatrique ;
- Cures de sevrage et de sommeil.

Art. 9. - L'infirmier participe à la mise en oeuvre par le médecin des techniques suivantes :

- Première injection d'une série d'allergènes ;
 - Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention ;
 - Enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs ;
 - Prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant autres que celles visées à l'article 6 ci-dessus ;
 - Actions mises en oeuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale ;
 - Explorations fonctionnelles comportant des épreuves pharmacodynamiques, d'effort, de stimulation ou des tests de provocation ;
 - Pose de systèmes d'immobilisation après réduction ;
 - Activités, en équipe pluridisciplinaire, de transplantation d'organes et de greffe de tissus ;
- Transports sanitaires :

a) Transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;

b) Transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;

Sismothérapie et insulinothérapie à visée psychiatrique.

Art. 10. - L'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :

- 1 Anesthésie générale ;
- 2 Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;
- 3 Réanimation peropératoire.

Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole.

En salle de surveillance postinterventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux deuxième, troisième et quatrième alinéas et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques.

Les transports sanitaires visés à l'article 9 du présent décret sont réalisés en priorité par l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

L'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

Art. 11. - Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice et l'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme :

- 1 Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ;
- 2 Surveillance du régime alimentaire du nourrisson ;
- 3 Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ;
- 4 Soins du nouveau-né en réanimation ;
- 5 Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie.

Art. 12. - Les activités suivantes sont exercées en priorité par l'infirmier titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire et l'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme :

- 1 Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ;
- 2 Elaboration et mise en oeuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ;
- 3 Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;
- 4 Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ;

- 5 Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés.

En per-opératoire, il exerce les activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire en présence de l'opérateur.

Il est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique, thérapeutique, ou diagnostique et thérapeutique dans les secteurs de stérilisation du matériel médico-chirurgical et dans les services d'hygiène hospitalière.

Art. 13. - En l'absence d'un médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

En cas d'urgence et en dehors de la mise en oeuvre du protocole, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

Art. 14. - Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :

- Formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;
- Encadrement des stagiaires en formation ;
- Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ;
- Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ;
- Dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives ;
- Education à la sexualité ;
- Participation à des actions de santé publique ;
- Recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire.

Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire, ainsi qu'à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes.

Art. 15. - Le décret no 81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier et le décret no 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier sont abrogés.

Art. 16. - La ministre de l'emploi et de la solidarité et le ministre délégué à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 11 février 2002.

Lionel Jospin

Par le Premier ministre :
La ministre de l'emploi et de la solidarité,
Elisabeth Guigou

Le ministre délégué à la santé,

Bernard Kouchner

ANNEXE 2

Décret n°87-1005 du 16 décembre 1987

Le décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 organise le fonctionnement des SAMU.

Art. 1

Les unités appelées SAMU participent à l'aide médicale urgente dans le cadre du présent décret.

Art. 2

Les SAMU ont pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence.

Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les SAMU joignent leurs moyens à ceux mis en œuvre par les services d'incendie et de secours, en application de l'article 16 de la loi du 22 juillet 1987.

Art. 3

Pour l'application de l'article 2 ci-dessus, les SAMU exercent les missions suivantes :

- > Assurer une écoute médicale permanente;
- > Déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels;
- > S'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du libre choix, et faire préparer son accueil;
- > Organiser, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires;
- > Veiller à l'admission du patient.

Art. 4

Les SAMU participent à la mise en œuvre des plans ORSEC et des plans d'urgence prévus par les articles 2 à 4 de la loi du 22 juillet 1987, et notamment ceux visés à l'alinéa 2 de l'article 3 destinés à porter secours à de nombreuses victimes.

Un rôle de coordination interdépartementale pour l'exercice des missions définies à l'article 3 du présent décret peut être confié à un ou plusieurs SAMU par l'autorité compétente de l'état désignée par les articles 5 à 9 de la même loi.

Art. 5

Les SAMU peuvent participer à la couverture médicale des grands rassemblements suivant les modalités arrêtées par les autorités de police concernées

Art. 6

Outre leurs missions directement liées à l'exercice de l'aide médicale urgente, les SAMU participent aux tâches d'éducation sanitaire, de prévention et de recherche.

Ils apportent leur concours à l'enseignement et à la formation continue des professions médicales et paramédicales et des professionnels des transports sanitaires ; ils participent également à la formation des secouristes selon les modalités déterminées par le décret du 4 janvier 1977.

ANNEXE 3

Décret n°97-620 du 30 mai 1997

Décret n° 97-620 du 30 mai 1997

Décret n° 97-620 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en oeuvre des services mobiles d'urgence et de réanimation et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets).

NOR: TASP9721873D

Le Premier Ministre,

Sur le rapport du ministre du travail et des affaires sociales,

Vu le code de la santé publique, notamment le titre 1er bis du livre 1er et le livre VII ;

Vu la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires ;

Vu la loi n° 87-565 du 22 juillet 1987 modifiée relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie et à la prévention des risques majeurs ;

Vu l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ;

Vu la loi n° 96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours ;

Vu le décret n° 73-381 du 27 mars 1973 modifié portant application des articles L. 51-1 à L. 51-3 du code de la santé publique relatifs aux transports sanitaires privés, titre II et annexe II ;

Vu le décret n° 87-964 du 30 novembre 1987 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires ;

Vu le décret n° 87-965 du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres ;

Vu le décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées SAMU ;

Vu le décret n° 88-622 du 6 mars 1988 relatif aux plans d'urgence pris en application de la loi n° 87-565 du 22 juillet 1987 relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie et à la prévention des risques majeurs ;

Vu l'avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 19 mars 1997 ;

Après avis du Conseil d'Etat (section sociale),

Décète :

Art. 1er. - Au livre VII du code de la santé publique (troisième partie : Décrets), titre Ier, Chapitre II, section 3, sous-section 3, il est inséré un paragraphe 3 ainsi rédigé :

"Paragraphe 3

"Services mobiles d'urgence et de réanimation

"Art. D. 712-66. - Lorsque l'établissement autorisé à faire fonctionner un service mobile d'urgence et de réanimation comporte un service d'aide

médicale urgente appelé SAMU, le SAMU et le service mobile d'urgence et de réanimation sont placés sous une autorité médicale unique.

"Art. D. 712-67. - Le médecin responsable du service mobile d'urgence et de réanimation doit répondre aux conditions d'exercice fixées par l'article L. 356 du présent code, et avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences par une qualification universitaire et par une expérience professionnelle d'au moins deux ans dans le domaine de l'urgence et de la réanimation.

"Art. D. 712-68. - Pour être autorisé à mettre en oeuvre un service mobile d'urgence et de réanimation, un établissement doit disposer d'un effectif de médecins, d'infirmiers diplômés d'Etat et, en tant que besoin, d'infirmiers ayant acquis une expérience professionnelle de psychiatrie, suffisant pour assurer de jour comme de nuit les missions mentionnées à l'article R. 712-71-1 du code de la santé publique.

"Art. D. 712-69. - Dans les établissements publics de santé, l'équipe médicale du service médical d'urgence et de réanimation ne peut comprendre que des praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel, des praticiens adjoints contractuels, des assistants, des attachés, des médecins contractuels. Pour les besoins du service, il peut également être fait appel à des internes de spécialité médicale, chirurgicale ou psychiatrique ayant validé quatre semestres.

"Art. D. 712-70. - Tous les médecins participant aux équipes médicales des services mobiles d'urgence et de réanimation doivent avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences soit par une qualification universitaire, soit par une expérience professionnelle d'au moins un an dans le domaine de l'urgence et de la réanimation. Les internes appelés à intervenir aux côtés de ces équipes doivent satisfaire aux mêmes obligations. Des étudiants en médecine, des résidents ou des internes ne remplissant pas les conditions précédemment mentionnées, accomplissant un stage ou une partie de leur formation dans un service mobile d'urgence et de réanimation, peuvent toutefois accompagner ces équipes.

"Art. D. 712-71. - Lors de chaque intervention, la composition du service mobile d'urgence et de réanimation est déterminée par le médecin responsable du service mobile d'urgence et de réanimation, en liaison avec le médecin régulateur du service d'aide médicale urgente auquel l'appel est parvenu. Cette équipe comprend au moins deux personnes, dont le responsable médical de l'intervention. Pour les interventions qui requièrent l'utilisation de techniques de réanimation, cette équipe comporte trois personnes, dont le responsable médical de l'intervention et un infirmier.

"Art. D. 712-72. - L'équipe du service mobile d'urgence et de réanimation dispose de moyens de télécommunications lui permettant d'informer à tout moment le centre "15" du SAMU du déroulement de l'intervention en cours.

"Art. D. 712-73. - Pour être autorisé à faire fonctionner un service mobile d'urgence et de réanimation, un établissement de santé doit disposer des véhicules nécessaires au transport des patients, de l'équipe médicale et de son matériel, ainsi que des personnels nécessaires à l'utilisation de ces

véhicules : **ambulanciers titulaires du certificat de capacité d'ambulancier**, conducteurs et pilotes. Un arrêté du ministre chargé de la santé précise la nature et les caractéristiques exigées des véhicules ainsi que leurs conditions d'utilisation.

"Les véhicules et les personnels mentionnés à l'alinéa précédent peuvent être mis à la disposition de l'établissement considéré, dans le cadre de conventions conclues avec des organismes publics ou privés. Ces conventions n'entrent en application qu'après l'approbation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

"*Art. D. 712-74.* - Le service mobile d'urgence et de réanimation doit notamment disposer :

"1° D'une salle de permanence ;

"2° De moyens de télécommunications lui permettant de recevoir les appels du SAMU, d'entrer en contact avec ses propres équipes d'intervention et d'informer le SAMU ;

"3° D'un garage destiné aux moyens de transports terrestres et aux véhicules de liaison ;

"4° D'une salle de stockage des matériels ;

"5° D'un local fermant à clef permettant d'entreposer et de conserver des médicaments."

Art. 2. - Le ministre du travail et des affaires sociales, le ministre de l'intérieur et le secrétaire d'état à la santé et à la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 30 mai 1997.

Alain Juppé

Par le Premier ministre :

Le ministre du travail et des affaires sociales,
Jacques Barrot

Le ministre de l'intérieur,
Jean-Louis Debré

Le secrétaire d'état à la santé et à la sécurité sociale,
Hervé Gaymard

ANNEXE 4

Questionnaire à destination des infirmier(e)s du SMUR

QUESTIONNAIRE : MEMOIRE INFIRMIER

Dans le cadre de mon travail de fin d'étude, je dois réaliser une enquête sur le thème de l'accompagnement des familles lors de l'annonce du décès brutal d'un proche à domicile, au cours d'une intervention SMUR. Ce questionnaire est à destination des infirmier(e)s intervenant au sein du SMUR ; il est anonyme.

Identification de la population investiguée

- 1 Vous êtes une femme
 un homme
- infirmier(e) diplômé(e) d'état
 infirmier(e) anesthésiste diplômé(e) d'état

2 Votre âge:

3 Depuis quand êtes-vous diplômé(e) ? :

4 Depuis combien de temps exercez-vous au sein du SMUR ? :

Accompagnement de la famille

5 Avez-vous déjà été confronté, lors d'une intervention, à la mort d'un patient à **domicile** ?

- oui
 non

Si oui, veuillez préciser la nature des interventions les plus fréquemment rencontrées :

.....
.....
.....

6 Lors de l'annonce du décès à la famille, quelle place tenez-vous dans la prise en charge ?

.....
.....
.....
.....
.....

7 Quel est, à votre sens, votre rôle infirmier ?

.....
.....
.....
.....
.....

8 Avez-vous déjà rencontré des difficultés dans l'accompagnement des familles ?

- oui
 non (si non, passez directement à la question 10)

Si oui, quelles étaient-elles ?

- manque de temps
- manque de connaissances
- état émotionnel de la famille
- stress généré par l'intervention
- similitudes avec un vécu personnel
- Autres,

9 Quelles solutions avez-vous trouvées pour surmonter ces obstacles ?

.....
.....
.....
.....
.....

10 Lors de l'annonce du décès, quelles réactions avez-vous rencontrées de la part de la famille ?

.....
.....
.....
.....

11 Comment procédez-vous pour établir une communication de qualité avec la famille ? Y a-t-il un moment propice à ce soin ?

.....
.....
.....
.....
.....

Information à la famille

12 Avant de quitter les lieux de l'intervention, donnez-vous des informations aux familles en ce qui concerne les modalités funéraires ?

- oui
- non

Si oui, pensez-vous qu'elles sont en mesure de recevoir ces informations compte-tenu de leur état émotionnel ?

- oui
- non

Si oui à quel moment ?

.....

13 Pensez-vous qu'il pourrait être utile de disposer d'un support écrit, reprenant ces informations, que l'on pourrait laisser à la famille ?

- oui
- non

Orientation

14 Orientez-vous parfois les familles vers d'autres acteurs du système de soins ?

- oui
- non

Si oui, qui sont-ils ?

- médecin généraliste
- service des urgences
- psychiatre
- psychologue
- Autres,

15 Pensez-vous que le réseau de soins soit suffisamment efficace et accessible (disponibilité des soignants, structure adaptée...) ?

- oui
- non

Pourquoi ?

.....
.....
.....

Formation continue

16 Avez-vous déjà suivi une ou des formation(s) concernant la pratique de votre profession au sein du SMUR ?

- oui
- non

17 Avez-vous déjà suivi une ou des formation(s) concernant l'accompagnement des familles lors de l'annonce du décès brutal d'un proche ?

- oui
- non

Si non, êtes-vous demandeur d'une telle formation ?

- oui
- non

18 Souhaiteriez-vous pouvoir bénéficier d'un support psychologique dans l'exercice de votre profession, sous forme de débriefing ?

- oui
- non

Si oui, veuillez préciser :

- débriefing individuel
- débriefing de groupe

Je vous remercie d'avoir consacré du temps pour répondre à mon questionnaire.
Merci de le remplir avant le 9 avril.

Berthou Tristan

ANNEXE 5

Pré-enquête (les attentes de la population)

GLOSSAIRE

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente (centre 15)
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

QUESTIONNAIRE

1 Que représente pour vous les SAMU et les SMUR ?

2 Quelles sont vos attentes par rapport à cette institution ?

3 Pensez-vous que la prise en charge de l'urgence pré-hospitalière en France est satisfaisante ?
Pourquoi ?

Merci de votre participation
Tristan Berthou

