

La mort subite inexplicée du nourrisson en préhospitalier : vision de l'équipe infirmière

D. Branchard (IADE), P. Martinet, L. Rebouissoux*

Samu pédiatrique 33, Hôpital Pellegrin, Place Amélie-Raba-Léon, 33076 Bordeaux cedex

*Auteur correspondant : Laurent Rebouissoux
Courriel : laurent.rebouissoux@chu-bordeaux.fr

POINTS ESSENTIELS

- Réduction nette depuis 10 ans de l'incidence de la MSIN grâce aux mesures de prévention
- Procédures clairement identifiées dans les Samu pour la prise en charge de la MSIN
- Cohésion de l'équipe de Smur indispensable tout au long de l'intervention
- difficultés de positionnement de l'ensemble du personnel de soins face à la mort d'un nourrisson
- Place des parents auprès de l'enfant pendant les manœuvres de réanimation
- Nécessité de formations spécifiques pour une pathologie rare mais à forte composante émotionnelle

INTRODUCTION

La mort subite inexplicée du nourrisson correspond à la survenue brutale du décès d'un nourrisson âgé de moins de 12 mois (période néonatale exclue) jusqu'alors en bonne santé apparente.

Dans la définition du syndrome de « Mort subite inexplicée du nourrisson » (MSIN), la cause de la mort reste indéterminée après des investigations approfondies, comprenant notamment une autopsie du corps de l'enfant, une analyse des circonstances de la mort et de l'histoire clinique antérieure. ⁽¹⁾

GENERALITES SUR LA MSIN

Malgré une nette diminution de sa fréquence depuis les années 90, la MSIN reste la première cause de mortalité avant l'âge de 1 an (exclusion faite des décès de nouveau-nés).

Son incidence oscille actuellement autour de 0,5/1000 naissances vivantes en France, avec un nombre de décès par MSIN estimé à 244 en 2008 contre 350 en 2000. ⁽²⁾

De nombreux facteurs de risques ont été clairement identifiés et sont régulièrement rapportés dans la littérature. Parmi ceux-ci, sont constamment rapportés des facteurs environnementaux et épidémiologiques ^(3,4) :

- la grande prématurité ;

- un faible poids de naissance ;
- un niveau socio-économique défavorisé ;
- le jeune âge maternel (grossesse chez une adolescente) ;
- un tabagisme maternel pendant la grossesse et/ou un tabagisme parental post-natal ;
- l'origine ethnique (peau colorée) ;
- position de sommeil (décubitus ventral serait un facteur de risque majeur de MSIN) ;
- absence d'allaitement maternel ;
- la température trop élevée de la chambre ;
- l'utilisation de draps, couettes, couvertures, tours de lit ; un matelas trop mou ;
- le « co-sleeping » (nourrisson dormant dans le lit des parents, avec eux).

Même si les mesures de prévention ont permis de réduire considérablement l'incidence de cette pathologie, le pronostic reste malheureusement très sombre avec une mortalité proche de 100 %.

La découverte par les parents ou les proches d'un enfant inanimé quelque soit le lieu de découverte du corps (domicile, nourrice, crèche...), doit impliquer la mise en œuvre d'une procédure « stéréotypée » qui devrait être en théorie disponible dans chaque centre de régulation.

La règle du prompt secours ⁽⁵⁾ doit être mise en œuvre sans délai en même temps que la mise en place de gestes de secourisme par la famille : envoi de secours de proximité (pompiers en général par l'intermédiaire des SDIS).

Les documents rapportés dans les tableaux 1 à 3 résument la procédure mise en œuvre au CHU Bordeaux pour toute MSIN (ou suspicion) prise en charge dans le département de la Gironde par le Smur pédiatrique 33.

La mise en œuvre des gestes de réanimation doit être réalisée dès l'arrivée sur les lieux de découverte du corps de l'enfant, sous réserve que l'arrêt cardiaque ne semble pas trop ancien (hypothermie profonde ; rigidité cadavérique marquée ; présence de lividités cadavériques...). Ces gestes sont relativement stéréotypés et ne sont pas propres à la MSIN : il s'agit de la prise en charge d'une asystolie telle que décrite dans les guidelines 2010 ⁽⁶⁾ avec :

- ventilation artificielle : bouche à bouche + nez pour un secouriste ; ventilation au BAVU sur masque ou sur sonde trachéale pour l'équipe médicale (après intubation oro- ou nasotrachéale) ;
- compressions thoraciques à la fréquence de 30 compressions pour 2 insufflations (1 seul secouriste) et de 15 compressions pour 2 insufflations (2 secouristes). Les compressions thoraciques sont continues au rythme de 100 à 120 / min lorsque l'enfant est intubé ;
- pose d'une voie veineuse : périphérique ou plus volontiers abord par pose d'un cathéter intra-osseux pour réalisation d'adrénaline à la posologie de 10 µg/kg.

La place des parents (ou des autres membres de la famille : grands-parents) auprès de l'enfant pendant la réalisation de la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) est toujours délicate. Les recommandations internationales récentes conseillent de proposer aux parents d'assister à la réalisation de la réanimation, sous réserve d'un consensus au sein de l'équipe médicale et de la présence d'un secouriste pouvant être dévolu exclusivement à la gestion des parents présents pendant la RCP. Ce positionnement des parents à proximité immédiate du corps de l'enfant pendant les manœuvres de réanimation est bien évidemment à l'origine de « troubles émotionnels » (6) tant pour les parents qui voient le corps de leur enfant inerte, sans vie, subir les manœuvres de RCP que pour les soignants.

Nous avons donc souhaité nous intéresser au vécu de l'équipe paramédicale confrontée à la gestion d'une MSIN en préhospitalier.

BUTS DE L'ETUDE

Le but principal de notre étude est de connaître et de décrire le vécu de chaque infirmier amené à prendre en charge un enfant décédé de mort subite inexpliquée, avec pour finalité une volonté d'adapter nos pratiques afin que chacun appréhende au mieux, par la suite, ces situations extrêmement anxiogènes et psychologiquement très dures.

De nombreuses études existent à ce sujet dans la littérature mais beaucoup d'entre elles émanent d'auteurs anglo-saxons ; à notre connaissance, il n'a pas été publié de recueil de données s'intéressant au vécu des équipes paramédicales européennes amenées à prendre en charge en préhospitalier un enfant victime de MSIN.

Par ailleurs, la formation, l'éducation, la culture de chaque civilisation fait que les recommandations proposées au niveau international peuvent être moins bien adaptées en Europe qu'en Amérique du nord.

L'étude que nous rapportons est une étude descriptive réalisée au sein de l'ensemble du personnel infirmier (IDE – IADE) et ambulancier (FAE) du Smur de Bordeaux du Samu 33. Elle a été réalisée à partir d'un questionnaire établi au préalable et diffusé sous format papier à l'ensemble des infirmiers et ambulanciers du Smur de Bordeaux.

Les médecins n'ont volontairement pas été sollicités pour répondre à cette étude, afin de réaliser un recueil concernant le personnel infirmier et ambulancier exclusivement.

Le recueil des questionnaires a été réalisé sur une période de 1 mois et l'analyse des réponses est celle qui est présentée ici.

RESULTATS DE L'ETUDE

Sur 30 questionnaires distribués, 25 personnes ont répondu dans un délai de 1 mois.

La répartition du sexe ratio se fait au profit des hommes (35 % de femmes), principalement par le biais d'un effectif ambulancier qui est exclusivement masculin ; 48 % des personnes (12) ayant répondu au questionnaire sont des ambulanciers et 52 % des infirmiers (IADE exclusivement : 13).

L'ancienneté et l'expérience en Smur des infirmiers et ambulanciers se répartissent de façon équitables avec : 52 % travaillant au Smur de Bordeaux depuis plus de 10 ans et 48% depuis moins longtemps.

10 % des personnels interrogés ont un (ou plusieurs) enfants âgés de moins de 5 ans ; 40% ont des enfants âgés de 5 à 10 ans ; 30% des enfants de plus de 10 ans et enfin 20% ont des enfants d'âge adulte.

Concernant l'attitude des membres de l'équipe d'intervention lors d'une sortie pour MSIN, 9 ambulanciers (75%) et 2 infirmiers (25%) ont l'impression de se comporter de façon différente s'il s'agit d'une intervention pour MSIN. 9 ambulanciers (40%) et 11 infirmiers (60%) admettent se sentir « plus stressés » que d'accoutumé. 7 ambulanciers contre 10 infirmiers tentent d'être encore plus rigoureux et organisés ; 6 ambulanciers et 10 infirmiers se décrivent comme très concentrés et 10 versus 7 respectivement ont le sentiment d'être mutiques.

Concernant la présence des parents dans la pièce dans laquelle se fait la réanimation : la décision se fait de façon collégiale (participation de l'ensemble de l'équipe pour proposer aux parents d'être présents) dans 23 % des cas (77% des cas : la décision est prise par le médecin

seul). Les parents participent de façon activement par leur présence à la réanimation (31 % versus 69% qui ne sont pas présents).

Lorsque les parents sont proches de l'enfant, les attitudes les plus fréquemment rapportées sont : une simple présence physique, loin de l'enfant. De façon moins fréquente on retrouve un contact physique direct avec des caresses sur le visage de l'enfant, une tenue de la main de l'enfant. Un soutien oral se fait parfois sous la forme d'encouragements (« bas-toi bébé ; montre leur que tu es le plus fort... ») ; ou bien sous la forme de prières, d'incantations, de chants.

Le vécu de l'équipe d'intervention s'exprime dans 35% des cas par une difficulté à gérer la situation familiale (douleurs des parents, pleurs, cris, agressivité). 32 % rapportent une difficulté à se protéger et à ne pas transposer la situation vécue à sa propre vie. 19 % des personnes interrogées tente de « fuir » la pièce à la fin de la réanimation et 13 % rapportent une anxiété intense difficile à canaliser.

A l'annonce du décès de l'enfant à ses parents, 43% ressentent une « nervosité anxieuse » ; 23 % expriment une douleur difficile à contrôler et 14 % extériorisent leurs émotions (larmes, pleurs). 14% tentent de se soustraire à l'annonce du décès en quittant la pièce.

Afin de faire face aux interrogations, questionnements des parents, 18 sur 22 (80%) membres de l'équipe se sentent démunis et 16 sur 22 (75%) sont désireux d'approfondir leurs connaissances sur la MSIN par le biais de formations spécifiques.

Au retour de l'intervention, 18 sur 28 personnels (65%) sollicitent un débriefing ; 6 (20%) ne sont pas demandeurs et 4 (15%) ne se posent pas la question. Dans les jours qui suivent l'intervention pour MSIN, 10 sur 26 (40%) infirmiers ou ambulanciers souhaitent bénéficier d'une prise en charge psychologique personnelle ; 9 (35%) ne sont pas demandeurs et 7 (25%) ne s'expriment pas.

Enfin la majorité (18 sur 25 soit 70%) des infirmiers et des ambulanciers interrogés ne souhaitent pas laisser leur place en intervention

DISCUSSION

Notre étude a pour objet de s'intéresser au vécu intime et personnel des acteurs paramédicaux des Smur confrontés à la mort subite, injuste et inexplicée d'un nourrisson en bonne santé apparente jusqu'alors. Certes, elle est entachée de biais puisqu'elle est imprégnée de subjectivité mais il s'agit bien là de l'objectif qui était recherché : que chacun puisse exprimer son ressenti face à une situation constamment traumatisante : la mort d'un enfant.

La transposition du traumatisme vécu à sa propre vie est donc inévitable et la peine est immense. Cependant, la rigueur, la concentration, l'expérience et le professionnalisme des acteurs des Smur dans les tâches à réaliser permettent de faire face à ces situations tellement anxiogènes.

Il semble indéniable cependant que le transfert de la situation vécue à sa propre vie est d'autant plus marqué si les enfants d'un ou des membres de l'équipe sont du même âge que l'enfant décédé de MSIN.

L'accent est porté sur la difficulté à se positionner de façon adaptée face à la famille pendant la réalisation de la réanimation, si les parents sont proches du corps de l'enfant.

Certains intervenants ont l'impression que la participation des parents favorise la compréhension de l'état dramatique et irréversible de l'état clinique de l'enfant, ce qui facilite sans trop de doute l'annonce du décès mais accentue le sentiment d'échec de l'équipe (confrontée à la famille qui perçoit bien l'impuissance de l'équipe médicale malgré la mise en œuvre d'une technicité importante).

D'autres rapportent le sentiment de se sentir « épiés », jugés par les parents face à une situation d'échec de la prise en charge (échec de pose de la voie veineuse ; intubation difficile...). Il n'est pas rare que ce sentiment biaise la qualité et la spontanéité des gestes techniques.

Enfin, même s'il est rapporté fréquemment une envie de quitter les lieux de la réanimation, aucun acteur n'abandonne jamais ses collègues pendant la réalisation de la réanimation de l'enfant.

Ressenti à l'annonce du décès :

Lorsque la décision d'arrêt de réanimation est prise de façon conjointe par les membres de l'équipe, apparaît alors l'instant chargé d'émotion de l'annonce du décès aux parents.

Ce rôle est classiquement dévolu au médecin ; cette phase de la prise en charge laisse alors libre cours à la réflexion de chacun, affranchi de la technicité de la réanimation.

Il s'agit certainement là de la période la plus difficile sur le plan psychologique ; la tristesse, la souffrance, la compassion dont chacun fait preuve sont exacerbés par la fatigue physique, nerveuse.

Il n'est pas rare alors que l'ambulancier ou l'infirmier se laissent aller à extérioriser leurs émotions, le plus souvent à l'écart de la scène de la réanimation, dans le véhicule de Smur.

Il est regrettable que les équipes médicales et paramédicales n'aient pas une formation psychologique pour les aider à utiliser les mots adaptés et savoir comment se positionner face à la détresse des familles (« *chacun fait comme il le sent* »).

Le sentiment d'échec, d'impuissance est exacerbé lorsque sont présents sur les lieux du drame les frères et sœurs de l'enfant décédé : la difficulté à se positionner, à aider, à entourer les autres enfants accentue nos lacunes, notre sentiment d'inutilité.

Enfin, survient après l'agitation régnant pendant la réanimation, une phase d'attente : longue, interminable, morbide durant laquelle les parents se saisissent du corps de l'enfant face à l'équipe qui attend sur place, impuissante, l'arrivée des forces de l'ordre et notamment de l'Officier de Police Judiciaire qui sera seul habilité à mettre en place une réquisition pour le transport du corps jusqu'à l'institut médico-légal. Cette attente, où chaque minute dure des heures, met à rude épreuve la stabilité psychologique des équipes infirmières et ambulancières. Elle est classiquement décrite comme la plus dure à accepter par les équipes d'infirmiers et d'ambulanciers.

CONCLUSION

La prise en charge de la mort subite du nourrisson est bien codifiée au sein du Samu 33 à la fois sur le plan de la réanimation initiale à mettre en œuvre ainsi que sur la procédure administrative à mettre en place après annonce à la famille du décès de leur bébé.

La charge émotionnelle est immense pour l'ensemble des équipes interrogées et il est impossible de ne pas assimiler le deuil que vivent les parents de l'enfant décédé à son propre vécu traumatique de la mort.

Notre étude a le mérite de mettre en exergue la souffrance des équipes d'infirmiers et d'ambulanciers. Elle montre également la nécessité de formations spécifiques à ces situations très particulières. Il sera sans aucun doute intéressant de réaliser de nouvelles études similaires de façon multicentriques et d'évaluer à l'issue le bénéfice apporté par la mise en place de formations psychologiques spécifiques.

REFERENCES

- 1) Malloy MH, Mac Dorman M. Changes in the classification of sudden unexpected infant deaths: United States, 1992-2001. *Pediatrics* 2005;115:1247-53
- 2) Statistiques du centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. www.cepidc.vesinet.inserm.fr
- 3) Bergman AB. Next steps in the study of sudden infant death syndrome. *J Pediatr* 2011;87:87-8
- 4) Liebrecht-Akkerman G, Lao O, Liu F, et al. Postnatal parental smoking: an important risk factor for SIDS. *Eur J Pediatr* 2011;15: in press
- 5) Circulaire du 18 septembre 1992 relative aux relations entre le service départemental d'incendie et de secours et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours
- 6) Kleinman ME, de Caen AR, Chameides L, et al. Pediatric basic and advanced life support: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation* 2010 Oct 19;122(16 Suppl 2):S466-515
- 7) Compton S, Madgy A, Goldstein M, et al. Emergency medical service providers' experience with family presence during cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation*. 2006;70:223-8.
- 8) Engel KG, Barnosky AR, Berry-Bovia M, et al. Provider experience and attitudes toward family presence during resuscitation procedures. *J Palliat Med*. 2007;10:1007-9

Prise en charge d'une Mort Inattendue du Nourrisson en SMUR pédiatrique

○ **En régulation :**

Lors d'un appel pour « malaise grave du nourrisson », le Centre 15 centralise et coordonne tous les intervenants. Il déclenche sur place

- Un VSAV
- Une équipe SMUR (pédiatrique si disponible)
- Un OPJ (17)

Il met le médecin légiste en pré-alerte (05 56 79 47 47). Le médecin légiste ne sera réquisitionné (par le procureur via l'OPJ) et ne se rendra sur place que si le décès semble très suspect à l'équipe sur place et qu'il est survenu sur la C.U.B.

○ **Au domicile**

1- **Manceuvres de réanimation** si ACR récent, en tenant les parents régulièrement informés. Possibilité de leur proposer d'assister à la réanimation.

2- **Annnonce du décès** aux parents, en appelant l'enfant par son prénom et en employant le mot « mort » ou « décédé ». Ne pas évoquer de diagnostic trop précoce.

3- Confirmer au Centre 15 le diagnostic de « mort inattendue du nourrisson » pour s'assurer que l'OPJ se rend sur les lieux. Prévenir la réanimation pédiatrique de l'arrivée de l'enfant.


4- Remplir le certificat de **décès avec obstacle médico-légal** en inscrivant bien le nom de la commune de décès. Mentionner la cause la plus probable du décès (« mort inattendue du nourrisson ») et les éventuelles causes associées. Le certificat est confié à l'OPJ.

5- Demander à l'OPJ de **réquisitionner le service de Pompes Funèbres** (Quintana 05 56 24 35 22) pour transporter le corps vers la réanimation pédiatrique sans délai (procédure exceptionnelle validée par le procureur, disponible dans tous les véhicules dans le dossier MSN).

6- Remplir avec précision la **fiche d'intervention** « Interrogatoire des personnes, examen clinique, état des lieux à faire sur place EN-PCP-001 », disponible dans tous les véhicules dans le dossier MSN. Récupérer ordonnances, emballage de toxiques et carnet de santé.

7- **Soutien psychologique** des parents et des personnes présentes jusqu'au départ des Pompes Funèbres. Eventuellement hospitalisation du jumeau.

Tableau 2

	Entité d'application : CHU Bordeaux Emetteur : Réanimation Pédiatrique	MO-PCP-001
	MODE OPERATOIRE	Ind : 01 Page : 1/1
DÉCLENCHEMENT DE LA PRISE EN CHARGE À DOMICILE		

1 Objet

Assurer la coordination de la prise en charge médicale et judiciaire, lors d'un décès de MSN du nourrisson au domicile et permettre le rapatriement du corps à l'hôpital pédiatrique après le constat du décès.

2 Domaine d'application

Gironde

3 Définition et abréviations

CAUVA : centre d'accueil en urgence des victimes d'agression

ML : médecin légiste

MSN : mort subite du nourrisson

OPJ : officier de police judiciaire

4 Documents de référence

- Circulaire DGS/DH/225/2B du 14 mars 1986 relative à la prise en charge par les établissements d'hospitalisation publics des problèmes posés par la mort subite du nourrisson
SNS 86/22
- Circulaire n° 919 du 23 décembre 1987 relative à la prise en charge par les établissements publics des problèmes posés par le syndrome de la mort subite du nourrisson
ASE 88/17 p. 171-175

Arch Dis Child. 2006 New knowledge : New insights, and new recommendations
Fleming et al; 91: 799-801

5 Documents d'application

IN-PCP-001 Rôle du médecin SAMU au domicile

EN-PCP-001 Interrogatoire, examen clinique et état des lieux au domicile

6 Déroulement et descriptif

Tableau 3

