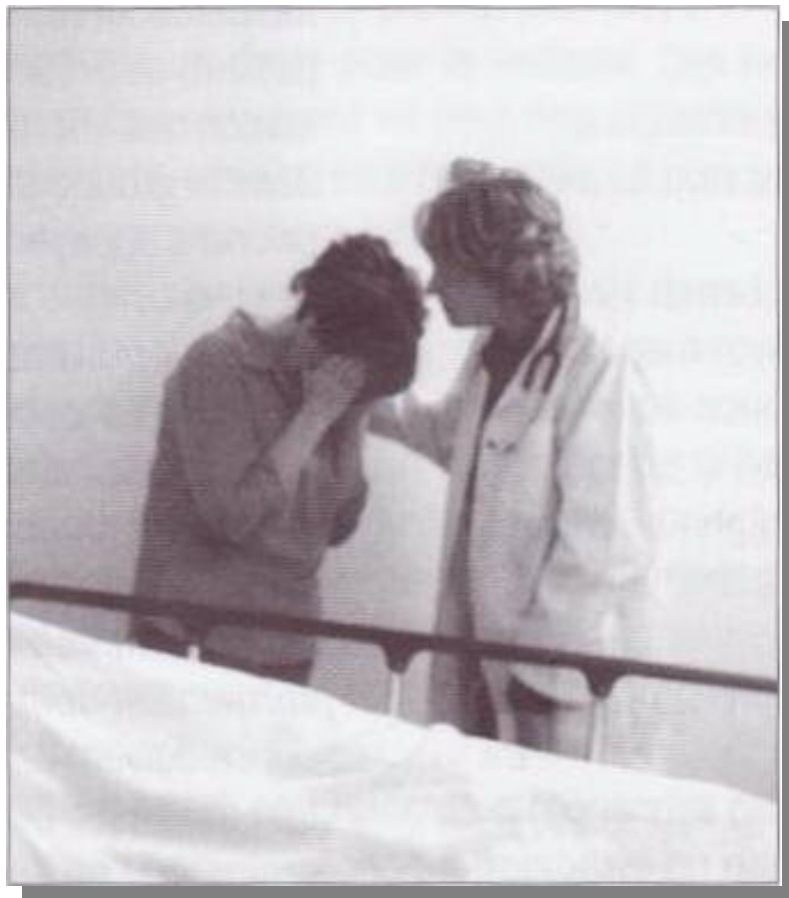


Institut de **F**ormation en **S**oins **I**nfirmiers
Centre hospitalier de Rochefort sur mer

**La place du soignant aux urgences dans la prise en charge
immédiate des familles vivant un deuil post-traumatique**



Travail de fin d'études

Jérôme BROCHARD
Promotion 2004 - 2007

1 REMERCIEMENTS

Ce travail de fin d'études est né certes d'une véritable réflexion personnelle mais il n'aurait pas pu voir le jour sans l'impulsion que m'ont donnée bon nombre de personnes.

C'est pourquoi je tiens à remercier de près ou de loin toutes celles et tous ceux qui m'ont guidé et encouragé tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie en particulier Mme Gosselin, ma superviseuse qui m'a accompagné et dirigé.

Merci ensuite à ma famille qui a toujours encouragé mes choix professionnels. Elle m'a été d'une aide précieuse pour franchir chaque étape de ces années d'études. Je salue principalement ma sœur pour ses conseils avisés et ma mère pour son écoute permanente.

Je voudrais également témoigner ma reconnaissance à mes collègues du service des urgences du Centre Hospitalier de Royan qui m'ont donné un vrai élan de courage et de détermination pour entreprendre mes études d'infirmier.

Je dédicace ce travail de recherche à ceux qui vivent le drame du deuil brutal. Je n'ai cessé de penser durant mon cheminement à Monsieur X dont la dignité m'a beaucoup touché.

Sommaire

1	REMERCIEMENTS.....	1
2	INTRODUCTION	6
3	CONSTAT.....	8
4	ANALYSE.....	12
4.1	Cadre conceptuel.....	13
4.1.1	Le soignant aux Urgences	13
4.1.1.1	La notion d'urgence.....	13
4.1.1.2	Définition d'un service d'urgences.....	15
4.1.1.3	Le soignant aux Urgences.....	16
4.1.1.4	Les compétences du soignant.....	16
4.1.1.5	Les aptitudes du soignant exerçant aux urgences	17
4.1.2	La mort	18
4.1.2.1	Définition	18
4.1.2.2	Représentation et place de la mort dans la société.....	19
4.1.2.3	La mort brutale	20
4.1.3	Le deuil	21
4.1.3.1	Définition	21
4.1.3.2	Processus de deuil.....	21
4.1.3.3	Les étapes du deuil dans la mort brutale	22
4.1.3.4	La notion de deuil post-traumatique	25
4.1.4	La famille	26
4.1.4.1	Définition	26

4.1.4.2	Le deuil familial	26
4.2	Cadre analytique	27
4.2.1	La place du soignant dans la prise en charge de la famille endeuillée brutalement	27
4.2.1.1	Le soignant : le relais du médecin.....	27
4.2.1.2	Les attitudes du soignant	28
4.2.1.3	Les besoins de la famille endeuillée.....	30
4.2.1.4	Les difficultés et les ressources du soignant dans la prise en charge immédiate de la famille endeuillée	31
4.2.2	Les propositions d'actions	34
4.2.2.1	Solutions pour l'endeuillé	35
4.2.2.2	Solutions pour le soignant.....	37
5	CONCLUSION	39
6	BIBLIOGRAPHIE	41
7	ANNEXES.....	43

2 INTRODUCTION

A l'issue de la troisième année de formation en soins infirmiers, un travail de fin d'études doit être élaboré dans le but d'amorcer et d'approfondir une réflexion personnelle.

Il s'agit de relater une expérience vécue qui nous a interpellés dans le cadre professionnel. De cette situation émerge un questionnement orientant une analyse et des stratégies.

Un événement a été pour moi une étape forte lorsque j'exerçais en tant qu'aide-soignant dans une unité d'accueil urgences. Dans ce cadre, j'ai été pour la première fois confronté à la prise en charge d'une personne frappée par le décès d'un proche suite à une mort violente.

Mes idées sur la mort et le deuil ont été remises en question. En effet, j'ai pris conscience que la prise en charge était aussi importante que tout autre soin. L'endeuillé a à livrer une véritable bataille contre une incommensurable souffrance et doit se réajuster à la situation pour pouvoir donner un nouveau sens à sa vie.

En tant que soignant, je me suis de force senti vulnérable, désorienté et désarmé face à ce type de drame. C'est ce vécu qui a amorcé toute ma réflexion portant sur ma place dans la prise en charge des familles vivant un deuil post traumatique. Je me suis alors interrogé sur l'origine des difficultés que j'ai connues dans la relation à l'endeuillé mais également sur comment y faire face immédiatement au sein d'un service d'urgences.

Le travail de recherche que j'ai mené m'est important tant au niveau professionnel que personnel.

La mort brutale ne s'inscrit pas dans l'ordre naturel des choses. Elle est difficile à reconnaître par l'endeuillé et demande de la part du soignant une certaine maturité pour y faire face.

J'ai construit ce travail autour d'une problématique illustrée par différents concepts puis j'ai fait une analyse de ces données en les confrontant à la réalité.

3 CONSTAT

J'ai exercé en tant qu'aide-soignant pendant quelques années dans une unité d'accueil urgences et ai été confronté inévitablement à la mort à maintes reprises.

Mais, pour la première fois avec l'équipe soignante j'ai eu à faire face à une situation de deuil traumatique suite à une mort violente.

La voiture de M. et Mme X a été percutée de plein fouet par un véhicule n'ayant pas respecté la signalisation routière. Sous la violence du choc, Mme X est éjectée et décède sur le coup. Son époux, légèrement blessé physiquement mais traumatisé psychologiquement, sera transféré à l'hôpital pour un bilan. Le médecin du SMUR l'a informé de l'état grave de son épouse.

A son arrivée aux urgences, l'infirmier, une aide-soignante et moi-même l'accueillons et nous lui prodiguons les premiers soins. Nous connaissons les circonstances de l'accident cependant ignorons le décès et l'état corporel de Mme X. Nous n'étions pas en mesure de rassurer son mari qui manifestait sans cesse son angoisse par de multiples questions délicates et embarrassantes pour nous soignants : «Où est mon épouse ? Comment va-t-elle? Va-t-elle s'en sortir ? Son état est-il grave ? »

A son retour du lieu de l'accident, le médecin du SMUR nous apprend la mort de Mme X. Il nous demande comment va le mari et dans quel boxe il est installé. L'infirmier du service lui donne l'information et précise l'état de grande inquiétude de celui-ci qui attend seul d'avoir des précisions médicales sur l'état de santé de sa femme. Sans plus attendre, le médecin va seul à la rencontre de M. X : il lui annoncera le décès de sa femme ainsi que les modalités de prise en charge du corps, à savoir son transfert vers une chambre funéraire privée.

Une fois l'entretien terminé, M. X se retrouve de nouveau seul dans le boxe durant un long moment avant d'être orienté vers le service de radiologie pour y subir des clichés de contrôle. Puis il rejoindra le boxe dans l'attente des résultats des examens.

Dans ce laps de temps, nous vivons une situation inhabituelle au sein du service : l'accueil du corps de Mme X.

En effet, une erreur de coordination des services administratifs intervenant dans ce type d'événement (rôle du maire/ de la gendarmerie) est à l'origine du transfert du corps de Mme X. au service des urgences de l'hôpital.

Face au caractère exceptionnel de cette situation, l'équipe médicale et soignante se réunit et se concerta pour déterminer les conditions de prise en charge du corps de Mme X. Il est décidé que l'infirmier et moi-même assurerons les soins post mortem.

Le médecin, quant à lui, annoncera à M X la présence du corps de sa femme aux Urgences et l'informerá qu'il pourra le voir une fois les soins post mortem faits.

L'infirmier et moi-même, nous rendons auprès du corps de Mme X qui repose dans un boxe à part.

Nous sommes en présence d'un corps très abîmé et désarticulé dont la vision et l'odeur nous sont insoutenables. L'émotion passée, nous nous ressaisissons et prenons conscience de l'ampleur des soins corporels à donner pour rendre à ce corps son aspect humain.

L'infirmier m'explique qu'il nous faut informer MX sur le temps de préparation du corps de son épouse et sur la nature des soins post mortem. Commencent nos réelles difficultés car ni l'infirmier ni moi n'avions été préparés à faire une telle annonce : Comment amener progressivement MX à entendre et à intégrer le fait que le corps de son épouse avait subi de graves lésions physiques apparentes? Comment pourrions-nous l'accompagner pour supporter l'insupportable?

Sans plus de concertation, nous nous dirigeons vers le boxe de M X. Il est allongé sur le brancard d'examen. Tendus, je laisse l'infirmier entrer le premier. Chacun de nous, debout, conserve une certaine distance avec M X. Les présentations faites, l'infirmier donne la fonction respective de chacun. Il

explique la raison de notre présence. Son discours est rapide, monocorde, technique, sa voix tremblante et ses propos mal assurés. M X, silencieux, nous fixe du regard et son visage ne traduit apparemment aucune émotion.

Un silence pesant et déstabilisant s'est installé. Je me suis senti alors très mal à l'aise avec la sensation que M X n'avait pas intégré les explications données. Pour preuve, celui-ci nous posera une succession de questions telles que:

« Qu'entendez-vous par graves lésions? Est-elle méconnaissable? Allez-vous me la rendre présentable? Comment allez-vous faire? Saurez-vous faire? ».

Ce flot de questions n'a fait qu'augmenter mon anxiété et ma frustration car il me semblait que nous n'avions pas su répondre à ses questions. Nous étions dans la non-réponse. La fuite a été notre seul moyen de réponse.

Cette attitude a fait émerger en moi un sentiment de culpabilité, de travail non accompli dans la prise en charge de M X subissant un deuil traumatique.

Cette expérience reste pour moi la plus marquante de mon vécu professionnel. A travers ce mémoire, je souhaite éclaircir et comprendre mes attitudes et ma place à l'égard d'une famille vivant un deuil post-traumatique.

Je fais deux constats :

- le soignant, quelle que soit son expérience, connaît toujours un certain malaise dans la gestion d'une situation de deuil
- le soignant doit souvent faire appel à ses propres ressources pour prendre en charge le deuil des familles.

Cela m'amène au questionnement suivant :

Quelle est la place du soignant dans la prise en charge immédiate des familles vivant un deuil post- traumatique? Comment les aider à faire face? Le soignant y est-il préparé?

4 ANALYSE

4.1 CADRE CONCEPTUEL

4.1.1 Le soignant aux Urgences

4.1.1.1 La notion d'urgence

Malgré des réflexions séculaires (Hippocrate essayait déjà de définir l'urgence au Vème siècle avant JC), on constate l'absence de définition médicale ou administrative du terme urgence. Ainsi il peut décrire des situations hétérogènes. Selon le Petit Larousse¹, il s'agit « d'une chose dont on doit s'occuper sans retard »

Dans le langage courant, l'urgence est la qualité de ce qui ne peut être différé , ce qui doit être fait ou décidé sans délai.

En 1971, les pouvoirs publics définissent l'urgence hospitalière par « *le cas du malade ou de l'accidenté qui se présente hors des heures de fonctionnement des heures des consultations, ou qui arrive sans rendez-vous à une consultation et qu'on doit examiner et traiter sans délai* ».

En 1990, les missions d'un service d'urgence sont redéfinies de la façon suivante : accueillir tout patient arrivant à l'hôpital pour des soins immédiats et dont la prise en charge n'a pas été programmée qu'il s'agisse d'une situation d'urgence lourde ou d'une urgence ressentie. En effet, de la plus simple contusion au grave polytraumatisme, de la crise d'angoisse à l'infarctus du myocarde, en passant par le sans abri qui cherche à se protéger du froid, la notion d'urgence est diversement ressentie par chacun de nous.

On remarque donc qu'apparaît une nouvelle approche du soin. Celui-ci doit être désormais pris dans sa dimension somatique, psychologique et sociale. La prise en charge du patient sera alors globale et personnalisée.

Le corps médical classe les urgences selon quatre catégories :

¹Le Petit Larousse, Paris, 2001, p.1048

- urgence vitale : pathologie mettant en jeu le pronostic vital immédiatement, urgence absolue ou extrême urgence
- urgence vraie : pathologie aiguë grave menaçant le pronostic vital
- urgence relative : pathologie subaiguë ne mettant pas en jeu le pronostic vital
- urgence différée : pathologie pouvant être soignée avec délai

Cette classification spécifique reste méconnue du grand public, lequel a une approche plus étroite du concept de l'urgence à savoir une situation inopinée et soudaine faisant craindre pour la vie de la personne. C'est pourquoi, des systèmes de régulation médicale tel que le centre 15 ou le SDIS (Service Départemental d'Incendie et de Secours) ont un rôle primordial de conseil, de détection et d'orientation.

Le concept de régulation médicale est né en France en 1968 avec la création du premier service d'aide médicale urgente (SAMU) à Toulouse sous la houlette du Professeur LARENG, afin de coordonner les efforts médicaux entre les équipes pré hospitalières (SMUR) et les services d'urgence hospitaliers.

Les SAMU seront officialisés en 1976 mais il faudra attendre 1979 pour que le SAMU reçoive directement les appels du public.

Le principe de base de la régulation médicale est le « tri » médical. Elle permet de respecter la règle des trois R du docteur TRUNKEY : « *The right patient to the right place at the right time* » (le bon patient au bon endroit et au bon moment)

Notons quelques chiffres : les centres 15 reçoivent dix millions d'appels par an (données de 2004) et selon une progression de 10% par an. 48% de ces appels se concluent par un simple conseil médical, réduisant ainsi

considérablement les hospitalisations et le nombre de personnes qui se présenteraient spontanément au services des urgences

4.1.1.2 Définition d'un service d'urgences

Sa fonction

Un service d'urgences a pour fonction première d'accueillir 24 heures sur 24, 365 jours sur 365 toute personne se présentant à tout moment et quel que soit son état pour la soigner ou la diriger vers la structure la mieux adaptée.

Ce service est composé d'équipes médicales et paramédicales pluridisciplinaires.

En France, l'accueil et le traitement des patients en urgence s'effectuent dans 631 sites. Leur implantation a été autorisée par les agences régionales d'hospitalisation (ARH) au regard de trois impératifs : la proximité, la qualité et la sécurité des soins². Dans tous les cas, la prise en charge des malades est assurée par des médecins spécialisés ayant un diplôme de médecine d'urgence.

Sa disposition

Un service d'urgences est structuré de la façon suivante :

- une zone d'admission et d'accueil assurant le triage initial et la constitution des dossiers administratifs
- un circuit court pour les patients ambulatoires ou nécessitant des soins simples (suture, pansement, plâtre, consultation médicale)
- un circuit de déchochage pour les patients lourds où le pronostic vital est compromis

² Enquête par la Cour et 7 chambres régionales des Comptes, publication 2006

- un circuit long pour les patients nécessitant des investigations médicales susceptibles d'entraîner une hospitalisation

4.1.1.3 Le soignant aux Urgences

Qu'est-ce qu'un soignant ?

Selon Le petit Larousse illustré³ un soignant est « une personne qui donne des soins en particulier quand elle n'est pas médecin ».

Pour ma part, je regroupe sous le terme de « soignant » l'ensemble des acteurs de santé dont le rôle et l'exercice sont définis au sein d'un cadre réglementaire : que ce soit l'infirmier(e), l'aide-soignant(e) ou tout autre intervenant auprès du patient.

Le cadre réglementaire de l'exercice

La réglementation définit rigoureusement le cadre légal du rôle de chacun en fonction du diplôme, fixe le contenu des formations initiales, le cadre de l'exercice et la hiérarchie des intervenants auprès de la personne soignée. (voir annexes)

4.1.1.4 Les compétences du soignant

Etre soignant n'est en rien pour moi quelque chose d'inné et ne constitue pas une essence propre à certains individus. Il existe sans doute des prédispositions intérieures en référence à l'histoire personnelle de chacun qui motive l'engagement dans la fonction de soignant. Soigner nécessite l'acquisition de compétences en matière de soins techniques, relationnels et éducatifs. L'apprentissage est constant. Le soignant apprend des patients, chaque patient ayant sa propre histoire de vie, donc ses propres besoins et attentes.

³ Le Petit Larousse, Paris, 2001, p. 946

Le soignant devrait toujours se remettre en question dans ses pratiques et ne pas croire qu'il sait à jamais au risque de prodiguer des soins déficients en terme de qualité, de sécurité et de relationnel.

Pour exercer sa fonction, tout soignant doit posséder des compétences qui vont se consolider au fil du temps⁴ :

- répondre aux besoins de santé d'un individu ou d'un groupe d'individus dans le domaine préventif, curatif, palliatif, de réadaptation et réhabilitation.
- dispenser des soins de nature technique, relationnelle et éducative.
- tenir l'ensemble de ces rôles dans le respect de l'éthique professionnel.

4.1.1.5 Les aptitudes du soignant exerçant aux urgences

En matière d'urgence, le droit à l'erreur n'existe pas, il n'y a pas de place pour l'à peu près. Ceci exige du soignant des aptitudes spécifiques. Il doit en particulier :

- savoir s'adapter à des situations diverses dans un délai très court
- savoir se maîtriser face aux différentes situations (urgences vitales, agressivité et violence du patient...) dans le but de maintenir ou rétablir un climat de sécurité
- avoir une aptitude à travailler en équipe à savoir planifier et organiser les soins, collaborer efficacement avec les membres de l'équipe soignante et médicale
- bien cerner son champ de compétences

⁴ Terminologie des soins infirmiers, glossaire provisoire n°3, 1999

- savoir anticiper les situations graves ou à risque
- discerner, évaluer et sélectionner les priorités de soins
- être en mesure d'établir un accueil personnalisé pour le patient et sa famille
- savoir écouter, observer et établir une communication adaptée avec le patient

Cette liste non exhaustive des compétences du soignant nécessaires pour exercer aux urgences montre une certaine évolution du profil du soignant.

Aujourd'hui, celui-ci ne doit plus être seulement un technicien, il doit inclure dans son champ de compétence une dimension sociale, relationnelle et éducative.

Il reste aussi avant tout un être humain, fait de forces et de faiblesses qui à tout moment peut ressentir le besoin de se faire aider sans pour autant culpabiliser ou ne pas se sentir à la hauteur.

4.1.2 La mort

4.1.2.1 Définition

On distingue deux grands moments dans la vie : son début et sa fin. Si la naissance est totalement reconnue et médiatisée dans notre société, il n'en est pas de même pour la mort, sujet encore tabou.

Qu'est-ce que la mort ? Il n'existe pas à proprement parler de définition « type ».

Le Larousse médical⁵ dit que c'est « *la cessation complète et définitive de la vie. La mort correspond à l'arrêt de toutes les fonctions vitales, avec cessation définitive de toute activité cérébrale. En France, la mort cérébrale définit la mort légale.* »

⁵ Larousse médical, nouvelle édition 2005

Henri Laborit⁶ va plus loin dans l'analyse : « *la mort est pour l'individu la seule expérience qu'il n'a jamais faite et pour laquelle le déficit informationnel est total. Totale et définitive aussi l'angoisse qui en résulte puisque l'angoisse survient lorsque l'on ne peut pas agir c'est-à-dire ni fuir ni lutter* »

4.1.2.2 Représentation et place de la mort dans la société

Au cours du temps et en fonction de l'évolution de notre société, la représentation de la mort et sa signification dans le cycle de la vie ont connu des dimensions différentes.

Jusqu'au XII siècle, la mort apparaît comme familière et atténuée. La mort est acceptée. Il y a aussi à cette époque une dimension communautaire face à la mort et aux morts. Elle représente l'accomplissement d'un destin collectif.

Dans la seconde moitié du Moyen-âge, l'individu accorde une importance particulière à sa propre existence qu'il dit déterminante de son sort à sa propre mort. Cela correspond à la crainte du jugement dernier. On note aussi une angoisse marquée devant la mort physique et un plus grand attachement à la vie.

Aux XVI – XVIII siècles, la notion de la perte de l'autre prend 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, comme quelque chose à part dans le monde des vivants et comme objet interdit. Paradoxalement, on évite à la société la douleur de la mort. Ariès écrit : «... il est désormais admis que la vie est toujours heureuse ou doit toujours en avoir l'air ».

⁶ Henri Laborit, *Eloge de la fuite*, Folio essais, p.86

L'homme fuit toute situation de tristesse et de mal être d'où cette tendance à refuser de voir ou d'affronter la mort.

La technicisation accrue de la santé a alors conduit à transférer la chambre du mourrant de son domicile à l'hôpital. Ainsi, on remarque que 70% des décès ont lieu en milieu hospitalier.

La mort reste un échec aussi bien pour la famille que pour les soignants. La mort est vécue comme une souffrance au niveau physique et spirituel.

4.1.2.3 La mort brutale

La mort lorsqu'elle survient brutalement pétrifie l'entourage, marquant une cassure dans la vie quotidienne, faisant naître une douleur morale extrême, comparable « à une amputation sans anesthésie »⁷. En effet cette épreuve, du fait de son caractère inattendu va provoquer un traumatisme pour la famille du défunt.

Cette situation va alors soumettre l'appareil psychique à une série de contraintes qui pourront être gérées par la mise en place de mécanismes de défense individuels.

Mais si cela est impossible, il se produit un choc dans le psychisme. L'individu est donc incapable de faire face à la violence de la situation.

Le traumatisme représente la confrontation à une réalité impensable, insurmontable et indicible. L'événement est tel qu'il inhibe les capacités de jugement et d'analyse des proches du défunt.

Puis la mort débouche sur un travail de deuil. Dans le cas d'une mort brutale, celui-ci sera beaucoup plus difficile à enclencher car il n'y a pas eu de temps de préparation.

⁷ Ibid., p.82

C'est pourquoi, la préoccupation primordiale du professionnel de santé dans ce type de situation est l'accueil de l'entourage mais aussi le respect de la personne décédée.

4.1.3 Le deuil

4.1.3.1 Définition

Dans la conscience collective, le deuil est défini comme étant la perte ou le décès de quelqu'un.

Selon Le Petit Larousse⁸, c'est aussi « *l'ensemble des signes extérieurs liés à la mort d'un proche et consacré par l'usage (port de vêtements noirs ou sombres)* » et « *la douleur, la tristesse causée par la mort de quelqu'un* ».

En outre, comme le commente Roberto PEIREIRA, le deuil est un processus qui affecte de manière fondamentale chaque individu concerné et le réseau des relations de la personne qui meurt.

Michel Hanus parle d' « *une des plus grandes épreuves de la vie qui un jour ou l'autre atteint chacun de nous. [...] le deuil est un facteur de déséquilibre transitoire, un traumatisme aux effets prolongés* ».

L'annonce de la perte dans tous les cas est vécue comme une tempête dans tout l'organisme tant sur le plan physique, psychique et psychologique .

4.1.3.2 Processus de deuil

Le deuil ne peut commencer qu'avec la prise de conscience de la perte. Il faut donc en surmonter les états émotionnels sachant qu'il n'existe pas de chronologie, pas de passage obligé ni de séparation hermétique entre un état et un autre mais plutôt une combinaison complexe de nombreuses émotions. Tour à tour peuvent apparaître des sentiments de révolte, de refus et de tristesse sur un fond de culpabilité. La caractéristique est sans doute la souffrance ressentie tout au long de ces moments.

⁸ Le Petit Larousse, Paris, 2001, p.329

Chacun va vivre ce cheminement selon son expérience, sa situation affective, sociale et physique au moment de la perte. De plus, le deuil n'est possible que lorsque la disparition d'un être cher ne ravive pas une perte antérieure refoulée et non acceptée.

Un deuil bien vécu permet de se souvenir et de faire revivre l'être cher.

4.1.3.3 Les étapes du deuil dans la mort brutale

Un certain nombre d'étapes sont systématiquement rencontrées au cours du processus du deuil. Elles ne se déroulent pas obligatoirement selon un ordre logique rigoureux, parfois certaines se mêlent ou réapparaissent.

Le cheminement que je décris ci-dessous concerne principalement la confrontation avec la mort brutale d'un être cher, mais représente les étapes connues du processus du deuil : choc et confusion, recherche, acceptation, réintégration.

Etat de choc et confusion

L'annonce de la disparition d'un être cher aboutit souvent à un état de choc violent, avec des réactions aiguës et immédiates : « *Ce n'est pas possible ! C'est pas vrai ! Pourquoi ? Ce n'est pas lui !* »

Ces réactions sont d'autant plus vives que la mort est inattendue ou brutale. On peut observer des réactions somatiques importantes telles que évanouissements, cris, pleurs, crise de tachycardie. Il peut y avoir également des réactions relationnelles majeures comme une sidération apparente des émotions et des pensées. Il est normal que l'endeuillé tente de se protéger contre une multitude de sentiments accablants.

L'intensité de la réaction varie d'une personne à l'autre. Certaines sont désorientées et n'arrivent plus à faire quoi que ce soit tandis que d'autres peuvent en apparence agir efficacement.

A cette phase, les modalités de l'annonce du décès sont capitales : son souvenir persistera douloureux très longtemps et des mots malheureux

prononcés par l'équipe médicale ou soignante peuvent rester gravés dans la mémoire entraînant une souffrance récurrente.

De plus, il est important que le sujet endeuillé soit confronté à la réalité de la mort. Toucher, voir le corps est crucial pour lui.

Recherche

Le stade de choc et de confusion est suivi d'une période de recherche caractérisée par l'urgence de récupérer l'être perdu. La personne en deuil peut être en proie à de nombreuses émotions ressenties par vagues successives plus ou moins fréquentes :

- la désolation. L'endeuillé vit une grande tristesse et désire faire revivre le défunt. Tout ceci s'accompagne de signes somatiques. Par la suite, le sentiment de désolation s'estompe, la souffrance ressentie est maîtrisée peu à peu.
- le désespoir. La personne en deuil prend conscience qu'elle est impuissante à changer la situation.
- la culpabilité. Elle est souvent présente tout au long du parcours avec plus ou moins d'acuité. Elle peut être justifiée. La culpabilité d'avoir survécu lors d'un accident est souvent intense.
- la peur. Elle peut avoir différentes origines. L'endeuillé est dans certains cas angoissé par l'incertitude de l'avenir. Il peut avoir peur de perdre la raison ou de ne plus être en mesure de ne plus accomplir les tâches les plus anodines.
- la jalousie. Le proche du disparu peut ressentir de la jalousie envers ceux qui n'ont pas connu une telle épreuve. Mais très vite naît un sentiment de culpabilité, l'endeuillé prenant conscience de du caractère anormal de sa réaction.

- la gêne. Exprimer sa douleur face à un deuil n'est pas aisé surtout dans le cas des hommes.
- la colère. Elle est une réaction jugée normale. La perte de l'être cher est refusée. Des frustrations diverses se sont accumulées à l'occasion de la perte et le capital colère est important. Le personnel soignant, l'entourage, le défunt, le destin, ou Dieu peuvent en être les cibles. Il s'avère important de reconnaître la colère de l'endeuillé pour mieux le comprendre et ne pas le juger.
- le refus. Il se manifeste tout au long du deuil et se résorbe graduellement jusqu'à l'acceptation finale du décès. Toutefois, si le sujet persiste dans une attitude de refus de la réalité, son deuil risque de se prolonger et de se compliquer.

Acceptation

L'acceptation se définit par le rééquilibrage des émotions : la perte de l'autre est admise grâce à la prise de conscience que le refus est vain. Le temps fait également son œuvre. L'endeuillé s'adapte alors à une nouvelle réalité existentielle. La faisabilité du deuil repose donc sur l'acceptation de la perte.

Dans certains cas, l'acceptation peut être compromise si la relation avec le défunt était ambivalente ou fusionnelle et dépendante ou si le corps a disparu.

Réintégration

La réintégration est l'apaisement des émotions : la possibilité d'envisager l'avenir.

4.1.3.4 La notion de deuil post-traumatique

Définition

La mort violente est foudroyante pour les proches. Le caractère absurde de ce drame les plonge dans un état d'injustice et d'inachevé.

Marie Frédérique BACQUE dans Psychothérapie analytique des deuils post-traumatiques résume ainsi la situation :

« Le deuil post-traumatique est la réaction psychologique confrontée à la mort ou à une menace de mort et à la mort violente, brutale, imprévue d'autrui (vécue alors comme une perte). Bien qu'échappant à la situation, l'endeuillé est frappé par un double choc : il a manqué de mourir et il perd des proches connus ou inconnus. La particularité de ce deuil post-traumatique est due au syndrome psychotraumatique qui concurrence et complique le travail de deuil. La culpabilité d'avoir survécu et le sentiment de perte d'identité dû à la menace mortelle aléatoire empêchent ou limitent la verbalisation. »⁹

Un deuil difficile

Le deuil est particulièrement difficile à se mettre en place pour les proches qui survivent au défunt à la suite d'un accident qui a failli leur coûter la vie. Trop de choses sont laissées en suspens. Il est bouleversant de réaliser qu'on n'a pas eu le temps de dire adieu à l'être cher ou encore de régler certains conflits qui existaient peut-être dans la relation avec lui.

« Un deuil soudain entraîne beaucoup de non-dit, de non-fini et de non-réglé qui sont lourds à porter. La mort violente ne s'inscrit pas dans la logique de la vie. »¹⁰.

⁹ Revue francophone du stress et du trauma, 2005, vol.5, p153

¹⁰ Cottin, *La mort violente, le combat de ceux qui restent*, Revue passage, Paris, N°8, Été 1999

4.1.4 La famille

4.1.4.1 Définition

La famille est définie par le Larousse¹¹ comme « *l'ensemble des personnes qui ont des liens de parenté par le sang ou par alliance* ».

Selon Maureen Leahey et Lorraine Wright¹² « *la famille est constituée d'une ou plusieurs personnes unies par des liens de partage ou d'intimité* »

Lorsque la famille se trouve confrontée à un deuil, c'est toute sa structure et son fonctionnement qui se voient ébranlés.

4.1.4.2 Le deuil familial

Bowen¹³ l'explique ainsi :

« *La perte ou la menace de perte d'un membre de la famille est la plus grande crise à laquelle doit s'affronter un système. L'équilibre de l'union familiale se voit affecté par [...] la perte d'un membre, par l'intensité de la réaction émotionnelle qui fonctionne dans la famille à ce moment-là, ou bien par l'importance fonctionnelle de[...] celui qui se perd.* »

Afin de pouvoir surmonter cette épreuve, la famille devra trouver une réponse à trois besoins majeurs immédiats :

- Le besoin d'explications : la famille va devoir accepter l'inacceptable
- Le besoin spirituel : l'intimité de la famille, ses valeurs, sa culture, ses croyances
- Le besoin psychoaffectif : la nécessité d'être écouté et entouré.

¹¹ Le petit Larousse, Paris, 2001, p.420

¹² Maureen Leahey-Lorraine Wright, *Famille et Maladie comportant un risque vital*, 1991, p.7

¹³ Bowen, *Family reaction to the death*. in P. Guerin (eds) *Family therapy*, 1976

4.2 CADRE ANALYTIQUE

Après m'être attaché à définir tous les concepts touchant à ma problématique, je vais mener selon plusieurs axes une analyse de ces différents concepts en les confrontant à la réalité de ma situation.

4.2.1 La place du soignant dans la prise en charge de la famille endeuillée brutalement

4.2.1.1 Le soignant : le relais du médecin

Annoncer la mort d'un proche à sa famille est de la responsabilité du médecin. Un bref rappel des événements est fait et est dit ce qui a été fait. Puis vient la phase d'accompagnement de la famille endeuillée. En effet, après s'être entretenu avec les proches du défunt, le médecin passe le relais au soignant qui intervient dans l'après annonce du décès. Il est celui qui met en place un accueil et une communication adaptés, celui qui va accompagner.

En effet, l'équipe médicale ne peut pas se permettre seulement d'informer du décès. Il apparaît indispensable de créer un espace de parole et de relationnel pour la famille endeuillée. Dans La revue de Référence Infirmière¹⁴, il est dit : « *l'annonce d'une mauvaise nouvelle [...] est un acte qui nécessite un accompagnement où l'humanité de chacun se révèle.* » Cette affirmation s'applique particulièrement au service des urgences. En effet, l'urgence, considéré comme un état de crise, occasionne des perturbations relationnelles parasitant les échanges. De plus, le temps toujours compté potentialise une communication déficiente en terme d'écoute, d'attention, de compréhension et de réponse. C'est le moment où les proches en ont le plus besoin que l'équipe médicale en manque. C'est pourquoi le soignant est le

¹⁴Revue Soins, *Ethique et pratiques*, juillet-août 2005, n°697, p.43

maillon indispensable qui va se placer au plus près des proches du défunt. Cela demande « tact, mesure, compréhension »¹⁵

4.2.1.2 Les attitudes du soignant

L'accueil adapté : une exigence fondamentale

L'accueil est donc la première étape de l'accompagnement de la famille endeuillée, le moment où la famille arrive et voit une première personne qui laissera une image. Accueillir est « *la manière de recevoir quelqu'un, de se comporter avec lui quand on le reçoit ou quand il arrive* » selon le Petit Robert¹⁶. A cette définition, j'ajoute la notion de qualité : un accueil peut être bon ou mauvais. Le rôle du soignant consiste à créer une relation de confiance qui permette d'apporter une vraie aide à la famille dont dépendra le travail de deuil.

« *Accueillir, c'est écouter, comprendre, informer, accompagner et aimer* »¹⁷. L'accueil passe avant tout par une attitude qui enclenche l'accompagnement. La famille endeuillée doit sentir qu'elle n'est pas une famille parmi tant d'autres. L'accueil est fondé sur la qualité de la relation d'aide que le soignant crée avec la personne endeuillée qui a besoin de s'adapter brutalement à une situation qu'elle n'avait pas envisagée. Selon Buckman, le premier geste consiste à « *s'asseoir pour parler.* »¹⁸

La communication

La réponse du soignant face à un deuil post-traumatique, situation chargée d'émotion, de souffrance psychique et de détresse morale réside aussi dans sa

¹⁵ *ibid.*, p.43

¹⁶ Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française, rédaction dirigée par A. Rey et J. Debove, nouvelle édition revue et corrigée et mise à jour pour 1982, Paris, p.16

¹⁷ Nouveaux cahiers de l'infirmière n°3 : Soins II, *Démarches relationnelles et éducatives, initiation à la recherche*, éditions Masson, 1998, p.63

¹⁸ Robert Buckman, *S'asseoir pour parler, l'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades*, Paris, InterEdition, 1994

capacité à comprendre les problèmes posés à l'endeuillé et à trouver des ressources et des stratégies pour aider cette personne. Pour y parvenir, des aptitudes de communication sont nécessaires :

- l'écoute. Ecouter n'est pas le synonyme d'entendre mais signifie une réelle implication. C'est par sa façon d'être totalement présent et attentif que le soignant montrera sa volonté de comprendre la douleur de la personne vivant le deuil. Il doit veiller à ne pas porter de jugements mais tenter d'identifier les ressources que celle-ci possède et l'inciter à les exploiter en lui manifestant chaleur et soutien.
- la compréhension empathique. C'est une qualité soignante faite de sensibilité et d'humanité qui demande de savoir identifier les émotions d'autrui en sachant se préserver. C'est comprendre ce qui est dit mais aussi reconnaître ce qui est ressenti et vécu par l'endeuillé tout en gardant la bonne distance. Il va de soi que cette attitude demande une certaine maturité professionnelle.

Je réalise aujourd'hui avec force à la lumière de cette étude combien l'infirmier et moi n'avons pas été à la hauteur lors de la prise en charge de M X venant de perdre son épouse accidentellement. Pour ma part, je suis convaincu que je n'étais pas suffisamment préparé à faire face à ce genre de situation et donc me suis trouvé désemparé devant la souffrance de M X. Je n'ai pas pu formuler de façon concise, juste et explicite mon ressenti. Je ressens de la culpabilité et de la colère. Nous avons fait preuve de manquements et laissé M X face à son désarroi.

Cela m'a révélé une certitude, celle que je ne serai plus le même soignant après cette expérience douloureuse. J'ai pris conscience que la prise en charge d'une personne endeuillée brutalement était vitale au même titre qu'un autre soin. C'est un paramètre qui ne peut pas être ignoré. Bien évidemment, le rôle du soignant n'est pas de sauver la famille mais de pratiquer une écoute active afin que celle-ci puisse réajuster sa vie à la nouvelle situation.

La prise en charge ne s'improvise pas. Elle demande à être immédiate, structurée et réaliste. Le soignant doit pouvoir comprendre le sens que chaque personne donne à la perte d'un être cher et révéler son humanité garante de son professionnalisme.

Il existe véritablement une corrélation entre un travail de deuil réussi et une prise en charge immédiate et adaptée des proches de la victime.

4.2.1.3 Les besoins de la famille endeuillée

Une personne qui vient de perdre un être cher traverse une épreuve difficile tant sur le plan physique que psychologique. Elle va devoir être aidée pour faire face à plusieurs besoins comme le décrit le cadre conceptuel, phase dans

La famille a besoin de comprendre ce qui vient d'arriver et d'être rassurée si tout ce qui pouvait être fait, l'a été et par des personnes qualifiées. Dans le même temps, on sait qu'il n'est pas aisé pour elle d'être dans une capacité d'écoute tellement elle ne peut croire ce qui lui arrive.

Alors vient le temps des questions. Les soignants apportent des réponses précises aux interrogations telles que « A-t-elle souffert ? S'est-elle vue mourir ? » Par conséquent, il est indispensable d'avoir un discours clair et de ne rien cacher à la famille. C'est à ce moment-là que surgit la culpabilité, plus encore lors d'un accident. Ainsi Monsieur X que nous avons accueilli ne cessait de regretter de ne pas avoir été à la place de son épouse : « Si j'avais été assis à sa place, elle serait encore là. » La responsabilité du soignant est de désamorcer le temps des « si » car celui-ci pèsera trop lourd sur l'avenir de ceux qui restent.

Enfin vient le temps du recueillement. Il représente l'intimité des gens. Les soignants ne peuvent intervenir directement dans cette étape mais peuvent la faciliter en proposant aux proches de voir le corps du défunt. On remarque que les proches attendent beaucoup d'humanité. Ils ont besoin que les soignants soient disponibles, patients et les laissent exprimer leurs émotions et leur

souffrance. Ce n'est pas une tâche aisée pour l'équipe soignante car tout cela fait écho au vécu de chacun.

Il est important que tout soit fait pour respecter les besoins de la famille. Tout ce qui sera dit ou fait restera marqué dans la mémoire

Le soignant pourra aussi soulager les proches d'une partie des démarches administratives. La sollicitude et l'attention des soignants palliera la soudaine solitude dans laquelle se trouve la famille.

Par ailleurs, le principe de la main tendue est capital. Il est bien rare que les familles frappées par un deuil se hasardent à demander de l'aide même si elles vont très mal. C'est au soignant d'anticiper et de fournir les contacts adéquates.

4.2.1.4 Les difficultés et les ressources du soignant dans la prise en charge immédiate de la famille endeuillée

Je ne dispose pas de tous les éléments de réponse quant à mes difficultés dans la prise en charge de Monsieur X. Néanmoins, j'ai suivi des pistes de réflexion et d'analyse qui m'ont permis de découvrir certains éléments responsables de mes difficultés.

La spécificité du lieu et de l'exercice

Le service des urgences est un lieu spécifique de crise. Comme il l'a été défini dans le cadre conceptuel, il est caractérisé par une adaptation permanente des soignants à un flux irrégulier de patients frappés par un phénomène brutal et fragilisés par l'angoisse. Ainsi exercer aux urgences ne peut être qu'un choix délibéré car cela demande une grande polyvalence. Il faut avoir certes des connaissances techniques médico-chirurgicales mais aussi la maturité professionnelle qui confère au soignant un pouvoir de gestion et d'adaptation face aux situations rencontrées toutes différentes les unes des autres.

Force est de constater qu'au moment où j'ai dû faire face au deuil brutal de M X, je manquais de vécu au sein des urgences et de recul. J'avais en effet une vision restreinte de l'urgence médicale qui selon moi consistait à mettre en

œuvre toutes les technicités pour sauver des vies. Mais j'ai compris que le rôle des soignants allait au-delà. Je n'avais pas pris pleinement conscience que les soignants devaient gérer avec attention et professionnalisme autant le patient que la famille.

Ainsi, dans ma situation de départ, la prise en charge de M X supposait de ma part un savoir concernant le processus de deuil et de l'écoute. Elle imposait une prise de conscience de mon propre cheminement par rapport à la mort et un savoir-faire face à la réalité de la perte.

Ma propre perception de la mort

J'ai côtoyé fréquemment la mort au cours de mon expérience aux urgences. Je connais théoriquement les démarches à effectuer dans la prise en charge immédiate de la famille. Mais, je sais aujourd'hui que je ne mesurais pas l'impact de celle-ci sur le futur travail de deuil.

Lors de mes recherches, j'ai voulu comprendre pourquoi je n'avais pas su apporter un véritable soutien à M X J'ai compris que la source de mes difficultés se trouvait dans ma propre perception de la mort. Je n'étais pas au clair avec moi-même face à l'idée de mourir. Je regardais la mort de profil. Je n'avais pas mené de réflexion profonde sur ce sujet et je réalise qu'en tant que soignant, c'est fondamental. Aider une personne à affronter la mort inattendue d'un proche dans un lieu qui génère de l'angoisse tel que les urgences, c'est s'exposer soi-même à sa propre mort et à ses propres deuils. Le fait d'être à même d'envisager sa propre mort et celle de ses proches permet au soignant de prendre en charge les familles endeuillées sereinement, d'une manière structurée et sans altérer son propre équilibre psychique.

Mais, si le soignant intériorise ses traumatismes, peine à les exprimer ou n'instaure pas de dialogue avec ses pairs, il épuise ses ressources psychologiques et ne peut donc faire face.

Les ressources du soignant

Face à la mort, à ses représentations, le soignant va de manière inconsciente mettre en place des mécanismes de défense qui lui donnent le moyen de se prémunir de la souffrance de l'autre et de se protéger contre ses propres angoisses.

Martine Ruzzniewski¹⁹, psychologue clinicienne a fait l'inventaire de ces mécanismes de défense :

- Le mensonge utilisé lorsqu'une question dérange.
- La banalisation. Le soignant reste dans le concret en ne s'occupant que des symptômes et en mettant de côté tout l'aspect psychique.
- L'esquive qui est le fait de détourner la conversation. C'est un signe d'impuissance.
- La fausse réassurance qui est une manière de tronquer la vérité en n'axant la conversation que sur des choses positives.
- La rationalisation par laquelle le soignant utilise un discours obscur pour le patient pour protéger celui-ci de la vérité.
- L'évitement traduit une réelle fuite.
- La dérision qui masque la douleur.
- La fuite en avant. Le soignant livre toute la vérité pour se décharger et ne plus souffrir.
- L'identification projective. Le soignant se met à la place de la famille et souffre comme elle.

¹⁹ Martine Ruzzniewski, Face à la maladie grave, Patients, familles, soignants, Paris, Dunod, collect.Action sociale, 1995

Face à la situation de M X, je reconnais que l'infirmier et moi, nous nous sommes protégés en mettant en place le mécanisme d'évitement, révélant ainsi toute notre impuissance à faire face. Mon sentiment de culpabilité est lié au fait de ne pas avoir su faire.

Parallèlement à ces mécanismes de défense inconscients, le soignant dispose de résonances extérieures pour lui venir en aide lorsqu'il se sent en danger psychiquement. Il peut solliciter un soutien par l'intermédiaire d'un intervenant psychologue. C'est une stratégie active dont le but premier est de réduire les tensions émotionnelles par le biais de la valorisation du traumatisme.

La formation continue apparaît comme une autre ressource extérieure sur laquelle le soignant peut s'appuyer pour développer de nouvelles capacités dans la gestion d'une situation de deuil.

Je voudrais souligner cette nécessité lorsqu'on est confronté à une situation qui peut nous fragiliser dans notre rôle de soignant et personnellement.

J'ai la conviction que si j'avais bénéficié d'une aide pour exprimer et comprendre mes émotions et mon mal être suite à la prise en charge inadaptée de M X, je ne serais plus dans la culpabilité et le regret.

4.2.2 Les propositions d'actions

Au terme de mon analyse, je remarque que quelque soit son expérience, le soignant éprouve toujours certaines difficultés dans la gestion d'une situation de deuil qui plus est dans un deuil post traumatique. D'un côté, il semble que cela soit lié à l'intensité de l'émotion que ressentent les proches à l'annonce de la mauvaise nouvelle. Elle provoque une angoisse majeure qui touche à la fois la famille et le soignant et rend peu aisée la communication.

De l'autre, les difficultés viennent du vécu du soignant. Il se trouve confronté à sa propre mort, à ses propres deuils et par là même à ses propres souffrances.

Rencontrer la souffrance morale de l'autre est toujours éprouvant même pour les professionnels les plus aguerris.

J'ai envisagé alors plusieurs stratégies selon deux axes qui aideraient dans la gestion de situations de deuils particuliers : solution pour l'endeuillé, solution pour le soignant.

4.2.2.1 Solutions pour l'endeuillé

Tout d'abord, je vais m'attacher à voir comment M X aurait pu être pris en charge différemment.

Solution n°1

Il faut définir en équipe un cadre d'intervention, fondé sur le concept central de la contenance.

Ce principe n'est pas récent et il peut apparaître galvaudé tant il a été mis en œuvre sans en connaître réellement les aspects et les finalités.

Ainsi le proche brutalement endeuillé va soit manifester un excès émotionnel majeur soit au contraire sera dans un état de sidération psychique. Mais quelque soit la réaction, elle doit être immédiatement contenue.

Pour cela, le soignant doit être présent psychiquement et à l'écoute des premières verbalisations. Le soignant n'est pas un simple témoin de la souffrance de l'endeuillé mais il en est un véritable réceptacle.

« A cet ajustement incertain des deux personnes en présence, s'ajoute le recours systématique de chacun à ses mécanismes d'adaptation habituels qui peuvent être dénués de sens pour celui d'en face. Comment se rejoindre ? En écoutant. [...] Là encore, il s'agit de vérité, d'ouverture et de rencontre. »²⁰

Le second aspect de la contenance correspond à l'identification et à la mise en place d'une trame d'intervention, à savoir identifier l'intervenant en

²⁰ Laurence Dureuil, psychologue clinicienne, *Annonce d'une mauvaise nouvelle*, Unité mobile de soins continus. Centre hospitalier Meulan Les Mureaux, Version 20/07/02005. Internet.

dehors de l'équipe soignante qui serait le mieux armé pour aider la personne endeuillée. Nous sommes alors dans le cadre purement psychologique faisant appel à des intervenants spécifiquement formés à ce type de soutien.

Le troisième et dernier aspect de la contenance s'adresse au soignant. S'il est apte à recevoir la souffrance, il doit pas cependant se laisser prendre dans un processus destructeur. Il reste contenant c'est-à-dire être à la fois capable de penser mais aussi de panser sans altérer son équilibre psychique. Ainsi, au moindre ressenti de son incapacité à tenir sa position de contenant, il doit savoir passer le relais. C'est le cadre d'intervention défini en équipe qui alors permet au soignant de se donner un cadre symbolique interne fixant ses limites à ne pas dépasser pour ne pas risquer d'être dans la non contenance très dommageable pour l'endeuillé et lui-même.

J'ai la conviction que le cadre d'intervention est fondamental pour la prise en charge d'une personne endeuillée brutalement. Le « contenu » se sent entendu et soutenu durant le temps de crise psychique et le « contenant » se sent protégé du risque d'être submergé et contaminé par les affects de celui-là.

Solution n°2

La nature du lieu a également son importance. On a déjà souligné le caractère spécifique des urgences. Si en aucun cas il n'est question de remettre en cause l'architecture et l'organisation du service où se déroule la prise en charge de la famille endeuillée, il est cependant nécessaire qu'un local soit définitivement dédié à l'accueil des endeuillés, un lieu propice à l'apaisement, au recueillement, un endroit fait pour se réajuster à la situation. Il apparaît inconcevable que les échanges entre les différents interlocuteurs se fassent dans un box de soins, au milieu des circuits des patients et des visiteurs.

L'intimité des proches endeuillés sera respectée et le soignant se sentira plus à l'aise pour apporter le réconfort et ouvrir une relation.

Solution n°3

Au terme de son entretien avec la famille, le soignant peut proposer à celle-ci de la mettre en contact avec des associations, des groupes d'entraide aux personnes en deuil ou un intervenant extérieur pour une écoute plus professionnelle : c'est le principe de la main tendue. Le soignant prolonge ainsi d'une certaine manière son accompagnement. Il est donc essentiel de disposer d'informations complètes à transmettre directement. N'oublions pas que souvent au désastre de la perte de l'être cher s'ajoute pour ceux qui restent un cataclysme psychologique qui peut balayer une vie.

4.2.2.2 Solutions pour le soignant

Le soignant a besoin d'outils efficaces pour dépasser la souffrance que vit une famille endeuillée brutalement et pour préserver sa sécurité mentale.

Solution n°1

La première de mes solutions consisterait à mettre en place autour du soignant un réseau de soutien composé d'un infirmier psychiatrique de liaison ou d'un psychologue pour organiser un débriefing individuel ou en équipe. Débriefing c'est verbaliser le traumatisme, sortir de la culpabilité, éviter l'accumulation du stress généré par des expériences de souffrances, exprimer ses émotions en plus des faits et permettre au soignant de laisser ses soucis professionnels au travail pour ne pas contaminer sa sphère privée. Cela lui garantit une carrière professionnelle fondée sur l'équilibre psychique.

Solution n°2

Ma deuxième action serait de mettre en place des formations régulières concernant la prise en charge des proches brutalement endeuillés. Elle consisterait en un apport théorique sur la place et le rôle du soignant dans la gestion d'une situation de deuil post traumatique. La théorie apporte des pistes de solutions et permet au soignant d'amorcer une réflexion sur son engagement, sur la manière de supporter une anxiété majeure, sur ses propres failles.

Ces formations, sous forme de groupe de travail, permettraient de confronter les pratiques de chaque soignant face à ces situations, favorisant ainsi un échange et un enrichissement mutuel. Chacun partagerait ses expériences et son vécu.

5 CONCLUSION

Au terme de cette étude, je suis convaincu qu'être soignant est un métier de soins techniques mais aussi un métier de soins relationnels qui demande une qualité essentielle : être humain.

Ce travail de recherche m'a démontré que prendre en charge une personne touchée par un deuil post-traumatique est un soin particulièrement difficile qui ne s'improvise pas et qui fait appel à de nombreuses capacités personnelles. Si le soignant n'a pas suffisamment réfléchi sur la mort et sur sa propre fin, sur son engagement, alors il risque de passer à côté de sa véritable mission. De plus, il peut mettre en péril son équilibre psychique, ce qui pourrait avoir une conséquence sur la longévité de sa carrière.

Il m'apparaît qu'un certain vécu professionnel aide sensiblement à affronter ce type de drame avec plus de maîtrise mais il ne garantit pas à lui seul une prise en charge réussie de l'endeuillé. La verbalisation par le debriefing individuel ou en groupe, la formation continue et actualisée du soignant sont des ressources qui lui permettent d'ouvrir une relation solide et constructive avec l'endeuillé.

Mon étude m'a permis un enrichissement et m'a conduit à la compréhension de mes émotions engendrées par la mort et le deuil. Être soignant est une évolution quotidienne qui nécessite un accompagnement pour mieux accompagner et permettre à chacun l'expression de ses souffrances.

6 BIBLIOGRAPHIE

Le Petit Larousse, Paris, 2001

Enquête par la Cour et 7 chambres régionales des Comptes, publication 2006

Laurence DUREUIL, psychologue clinicienne, *Annonce d'une mauvaise nouvelle*, Unité mobile de soins continus. Centre hospitalier Meulan Les Mureaux, Version 20/07/02005. Internet.

Terminologie des soins infirmiers, glossaire provisoire n°3, 1999

Larousse médical, nouvelle édition 2005

Henri LABORIT, *Eloge de la fuite*, Folio essais

Revue francophone du stress et du trauma, 2005, vol.5

Cottin, *La mort violente, le combat de ceux qui restent*, Revue passage, Paris, N°8, Été 1999

Revue *Soins, Ethique et pratiques*, juillet-août 2005, n°697

Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française, rédaction dirigée par A. Rey et J. Debove, nouvelle édition revue et corrigée et mise à jour pour 1982, Paris

Nouveaux cahiers de l'infirmière n°3 : Soins II, *Démarches relationnelles et éducatives, initiation à la recherche*, éditions Masson, 1998

Robert BUCKMAN, *S'asseoir pour parler, l'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades*, Paris, InterEdition, 1994

Martine RUSZNIEWSKI, *Face à la maladie grave, Patients, familles, soignants*, Paris, Dunod, collect. Action sociale, 1995

7 ANNEXES

Décret no 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières

Le Premier ministre, Sur le rapport du garde des sceaux, ministre de la justice, du ministre des affaires sociales et de l'intégration et du ministre de la santé et de l'action humanitaire, Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 478 et L. 482; Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-12-1 et L. 162-12-2; Vu le code pénal; Vu la loi no 90-602 du 12 juillet 1990 relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap; Vu le décret no 79-949 du 9 novembre 1979 portant règlement d'administration publique pour l'application à la profession d'infirmier ou d'infirmière de la loi no 66-879 du 29 novembre 1966 relative aux sociétés civiles professionnelles; Vu le décret no 84-689 du 17 juillet 1984 modifié relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier; Vu le décret no 92-741 du 29 juillet 1992 relatif à l'exercice en commun des professions paramédicales sous forme de société d'exercice libéral; Vu les avis de la commission des infirmiers du Conseil supérieur des professions paramédicales en date des 27 mars et 23 avril 1992; Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète:

[...]

Art. 2. - L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille.

[...]

Art. 10. - Pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles. Il a également le devoir de ne pas utiliser des techniques nouvelles de soins infirmiers qui feraient courir au patient un risque injustifié.

[...]

C HAPITRE II Devoirs envers les patients

Art. 25. - L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses moeurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation.

Décret 2004-802 du 29/07/04 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique.

(Résumé)

Publié au JO N°183 du 8 août 2004

Les décrets de mars 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et celui de février 2002 portant sur les compétences infirmières ont été abrogés. En effet, nos deux décrets ont été inclus dans le nouveau décret 2004-802 du 29/07/04 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique, de la même manière que l'ensemble des décrets des autres professions de santé.

La profession infirmière se retrouve ainsi codifiée dans le livre III, titre Ier "Profession d'infirmier ou d'infirmière", des articles R 4311-1 à l'article R4312-49. Nous allons donc ensemble découvrir ce nouveau décret qui nous légifère, ses correspondances et modifications avec nos anciens décrets.

- Chapitre Ier
 - Article R 4311-1: il correspond exactement à l'ancien article I du décret N°2002-194 du 11 février 2002
 - Article R 4311-2: il correspond exactement à l'ancien article II du décret N°2002-194 du 11 février 2002
 - Article R 4311-3: il correspond à l'ancien article III du décret N°2002-194 du 11 février 2002. On notera tout de même que l'ancien article précisait que, "*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*". Le nouveau décret introduit "*Dans ce cadre, l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R 4311-5 et R 4311-6*". L'article R 4311-5 recouvre l'ancien article 5, relatif au rôle propre infirmier. L'article R 4311-6 élargit le champ à la santé mentale: "*Dans le domaine de la santé mentale, outre les*

actes et soins mentionnés à l'article R 4311-5, l'infirmier ou infirmière accomplit les actes suivants: 1) Entretien d'accueil du patient et de son entourage; 2) Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe; 3) Surveillance des personnes en chambre d'isolement ; 4) Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient.", qui était référencé dans l'article 5 de l'ancien décret.

- Article R 4311-4: il correspond exactement à l'ancien article IV du décret N°2002-194 du 11 février 2002
- Article R 4311-5: il correspond à l'ancien article V du du décret N°2002-194 du 11 février 2002, hormis le dernier paragraphe concernant la santé mentale, qui a été introduite dans l'article R 4311-6 du présent décret.
- Article R 4311-6: nouvel article précisant le rôle propre particulier à la santé mentale."*Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R 4311-5, l'infirmier ou infirmière accomplit les actes suivants: 1) Entretien d'accueil du patient et de son entourage; 2) Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe; 3) Surveillance des personnes en chambre d'isolement ; 4) Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient."*, qui était référencé dans l'article 5 de l'ancien décret.
- Article R 4311-7: il correspond à l'ancien article 6, relatif aux compétences sous prescription médicale. On notera que l'ancien décret précisait "*Outre les actes et activités visés aux articles 11 et 12, l'infirmier est habilité à pratiquer les actes suivants*", alors que le nouveau décret ne parle plus de ces articles dans ce paragraphe, décrivant directement des actes infirmiers sous

prescription médicale. Ces articles définissaient des particularités relatives aux compétences de puéricultrices et d'IBODE.

- Article R 4311-8: il correspond exactement à l'ancien article VII du décret N°2002-194 du 11 février 2002, habilitant l'infirmier à adapter les traitements antalgiques dans le cadre de protocoles.
- Article R 4311-9: il correspond exactement à l'ancien article VIII du décret N°2002-194 du 11 février 2002 faisant référence aux compétences infirmières sous prescription et à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment.
- Article R 4311-10: il correspond exactement à l'ancien article IX du décret N°2002-194 du 11 février 2002 faisant référence à la participation, par l'infirmière, de la mise en oeuvre, par le médecin de certaines techniques.
- Article R 4311-11: il correspond à l'ancien article XII du décret N°2002-194 du 11 février 2002, définissant le champ particulier aux infirmiers de bloc opératoire (IBODE). Toutefois, on notera que l'article R 4311-7, correspondant à l'ancien article 6, ne fait plus référence à ce paragraphe. L'article XII de l'ancien décret précisait que "*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:*", alors que ce nouvel article stipule: "*L'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'état de bloc opératoire ou en cours de formation préparant à ce diplôme, exerce en priorité des actions suivantes:*". Il est difficile de comprendre si cette nouvelle tournure de phrase a des conséquences juridiques et modifie le sens de l'ancien article 12. Si vous avez des compétences de juriste, n'hésitez pas à nous faire par de votre avis sur le forum rubrique législation.
- Article R 4311-12: il correspond exactement à l'ancien article X du décret N°2002-194 du 11 février 2002 faisant référence au champ de compétences particulières de l'infirmier anesthésiste (IADE) et

corrige l'erreur des références aux paragraphes 2-3-4 du précédent décret en référant cette fois les paragraphes 1-2 et trois de ce nouvel article.

- Article R 4311-13: il correspond exactement à l'ancien article XI du décret N°2002-194 du 11 février 2002 faisant référence au champ de compétences des infirmières puéricultrices diplômées d'état.
- Article R 4311-14: il correspond exactement à l'ancien article XIII du décret N°2002-194 du 11 février 2002 faisant référence aux compétences de l'infirmier ayant reconnu une situation relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, dans le cadre d'un protocole ou en dehors de celui-ci. Article R 4311-15: il correspond exactement à l'ancien article XIV du décret N°2002-194 du 11 février 2002
- Chapitre Ier, section 2
 - Articles D 4311-16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24: Ils définissent les personnes autorisées à exercer la profession, la durée des études, les conditions d'indemnisations des stages et remboursements de frais de déplacement, la composition des jurys, des conditions d'autorisation et de fonctionnement des instituts.
 - Articles D 4311-25 à D 4311-33: Définissent les conditions d'obtention de l'équivalence du diplôme d'état infirmier pour les infirmiers titulaires du diplôme d'état d'infirmier de secteur psychiatrique.
 - Articles D 4311-34 à D 4311-41: Définissent les conditions d'obtention d'autorisation spéciale d'exercice des ressortissants d'un état membre de la communauté européenne ou partie à l'accord sur l'espace économique européen.
- Chapitre Ier, section 3:

- Articles D 4311-42 à D 4311-44: Définissent les conditions de formation et d'obtention du diplôme d'infirmier de bloc opératoire
- Articles D 4311-45 à D 4311-48: Définissent les conditions de formation et d'obtention du diplôme d'infirmier anesthésiste, ainsi que de l'équivalence accordée aux infirmiers titulaires du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide anesthésiste créé par le décret du 9 avril 1960.
- Articles D 4311-49 à D 4311-53: Définissent les conditions de formation et d'obtention du diplôme d'infirmière puéricultrice.
- Chapitre II: Règles professionnelles: elles reprennent les dispositions communes à tous les modes d'exercices, qui étaient jusqu'à présent légiférées par le décret 93-221 du 16 février 1993
 - Article R 4312-1: il correspond exactement à l'ancien article I du décret N°93-221 du 16 février 1993, définissant le champ d'application de ce chapitre.
 - Articles R 4312-2 à R4312-24: ils correspondent exactement aux anciens articles 2 à 24 du décret N°93-221 du 16 février 1993.
 - Articles R 4312-25 à R 4312-32: ils correspondent exactement aux articles 25 à 32 du décret N°93-221 du 16 février 1993 définissant les devoirs envers les patients.
 - Articles R 4312-33 à R 4312-39: ils correspondent exactement aux articles 33 à 39 du décret N°93-221 du 16 février 1993 définissant les devoirs et obligations généraux applicables aux infirmiers libéraux
 - Articles R 4312-40 et 41: ils correspondent exactement aux articles 40 & 41 du décret N°93-221 du 16 février 1993 définissant les devoirs envers les patients de l'infirmier libéral, notamment les conditions d'affichage des tarifs, la possibilité d'interrompre les soins dispensés à un patient dans une certaine mesure.

- Article R 4312-42: ils correspondent exactement à l'article 42 du décret N°93-221 du 16 février 1993, définissant les devoirs de l'infirmier envers ses confrères
- Article R 4312-43 à 48: ils correspondent exactement à l'ancien article 43 morcelé en articles 43 à 47, et à l'ancien article 44 se retrouvant 48.
- Article R 4312-49: Correspond exactement à l'article 45 du décret N°93-221 du 16 février 1993, précisant les applications du décret aux infirmiers salariés.