



La maîtrise de la technique de réanimation cardio-respiratoire permettrait de diminuer le stress de l'infirmier(e) peu expérimenté(e) à ce soin et donc d'améliorer la qualité du soin du patient

PRISER Cécile
Promotion 1996-1999

IFSI Suzanne Pérouse
89 rue Haxo
75020 Paris

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	3
II. L'INFIRMIER ET L'ARRÊT CARDIO-RESPIRATOIRE.....	4
1. Epidémiologie de l'arrêt cardio-respiratoire	4
1.1 Définition.....	4
1.2 Données chiffrées	4
1.3 Causes de l'arrêt cardio-respiratoire.....	5
1.4 Conclusion.....	5
2. Cadre légal de l'infirmier face à l'arrêt cardio-respiratoire	6
2.1 Le bilan de la situation.....	6
2.2 Suppléance cardio-respiratoire	6
2.3 Contrôle de l'efficacité des manœuvres	6
2.4 Compte rendu écrit et signé	7
2.5 Conclusion.....	7
3. Les difficultés de l'infirmier face à l'arrêt cardio-respiratoire	7
3.1 Le rôle de l'infirmier	7
3.1.1 Reconnaître la situation.....	7
3.1.2 Alerter.....	7
3.1.3 Décider des priorités	7
3.1.4 Mettre en œuvre les actions adéquates et efficaces	8
3.2 Les difficultés rencontrées	8
3.2.1 La rapidité d'action.....	8
3.2.2 L'inexpérience pratique	8
a. définition.....	8
b. données chiffrées	9
c. conséquences	10
d. formation	10
e. la place du service de réanimation ou des urgences	10
f. problèmes organisationnels.....	11
g. projection par l'arrêt cardio-respiratoire de l'idée de la mort	12
h. conclusion.....	13
III. LA RÉANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE	14
1. Définition	14
1.1 D'après le Mémento "Les urgences" par Sonke Müller, Maloine 1995.....	14
1.2 D'après le Petit Larousse 1997, dictionnaire encyclopédique.....	14
2. Technique de réanimation cardio-respiratoire.....	14
2.1 Sauveteur isolé.....	14
2.1.1 Faire un bilan	15
2.1.2 Alerter.....	15
2.1.3 Mise en place de la réanimation.....	15
a. positionnement de la victime.....	15
b. positionnement du sauveteur	15
c. repérage de la zone d'appui.....	15
d. compressions sternales	15
e. fréquence et rythme.....	16
f. surveillance.....	16
g. arrêt de la réanimation.....	16
2.1.4 Cas particulier : la réanimation à 2 sauveteurs	17
2.1.5 Conclusion	17
2.2 La réanimation cardio-respiratoire au sein d'un centre hospitalier	17
2.2.1 Généralités.....	17
2.2.2 Protocole de réanimation cardio-respiratoire type	17
a. le premier infirmier.....	18
b. le deuxième infirmier	18
c. le troisième infirmier	18
d. en présence du médecin	18
3. Conclusion	19

IV. LA QUALITE DE SOINS	20
1. Définitions.....	20
1.1 La qualité	20
1.2 Les critères de qualité	20
2. Le cadre législatif	21
2.1 La qualité des soins.....	21
2.2 L'évaluation de la qualité des soins	22
3. Les critères de qualité de la réanimation cardio-respiratoire	23
3.1 Qualité technique	23
3.1.1 <i>La ventilation artificielle.....</i>	23
3.1.2 <i>Le massage cardiaque externe.....</i>	23
3.1.3 <i>Association ventilation artificielle – massage cardiaque externe.....</i>	23
3.1.4 <i>Préparation du matériel.....</i>	23
3.2 La qualité organisationnelle.....	23
3.2.1 <i>Bonne gestion du temps</i>	23
3.2.2 <i>Répartition des rôles infirmiers</i>	23
3.2.3 <i>Organisation des gestes selon les priorités.....</i>	23
4. Conclusion	24
V. EXPLOITATION DES QUESTIONNAIRES	25
1. objectifs et méthode	25
1.1 Objectifs	25
1.1.1 <i>Généraux.....</i>	25
1.1.2 <i>Spécifiques.....</i>	25
1.2 Méthode.....	25
1.2.1 <i>Le questionnaire</i>	25
1.2.2 <i>La population étudiée</i>	25
1.2.3 <i>Recueil des données</i>	26
a. <i>nombres et lieux.....</i>	26
b. <i>buts</i>	26
2. Résultats bruts.....	27
2.1 Données épidémiologiques	27
2.2 Données techniques	28
2.3 Données organisationnelles	31
2.4 Données relatives à la formation	32
2.5 Données psychologiques	34
3. Discussion	35
VI. CONCLUSION.....	37
VII. BIBLIOGRAPHIE.....	38

I. INTRODUCTION

Ce travail est motivé par :

- une expérience personnelle de la réanimation cardio-respiratoire dans un service peu expérimenté à ce geste,
- des entretiens avec des infirmiers qui m'ont confié leurs difficultés face à la réanimation cardio-respiratoire,
- le désir de comprendre les raisons pour lesquelles les infirmiers ont tant de difficultés face à ce geste et de connaître quels sont les changements nécessaires pour les éviter.

Ce travail, s'il aboutit à une réponse, permettra de savoir pourquoi la réanimation cardio-respiratoire est rendue difficile dans la pratique infirmière et d'évaluer par la suite l'intérêt d'une formation continue de ce geste afin que la qualité du soin soit optimale.

Cette recherche développe plusieurs points :

- l'infirmier face à l'arrêt cardio-respiratoire qui comprend quelques données épidémiologiques, le cadre législatif infirmier, et toutes les difficultés rencontrées par le soignant lors de la réanimation cardio-respiratoire,
- la réanimation cardio-respiratoire d'un point de vue technique, en tant que sauveteur isolé ou au niveau de sa prise en charge hospitalière,
- la qualité du soin, sa définition, son cadre législatif et les critères adaptés à la réanimation cardio-respiratoire,
- l'analyse des questionnaires utilisés pour étayer la problématique et tenter de trouver une ébauche de réponse.

Le recueil des informations établi à partir des questionnaires se fera de façon quantitative au départ puis amènera une discussion vis-à-vis des résultats obtenus.

La problématique définitive est alors : **la maîtrise de la technique de réanimation cardio-respiratoire permettrait de diminuer le stress de l'infirmier peu expérimenté à ce soin et donc d'améliorer la qualité du soin du patient.**

II. L'INFIRMIER ET L'ARRÊT CARDIO-RESPIRATOIRE

1. Epidémiologie de l'arrêt cardio-respiratoire

1.1 Définition

L'arrêt cardio-respiratoire se traduit par une abolition des pouls artériels centraux (carotidiens et fémoraux) et par un état de mort apparente.

C'est une urgence absolue selon le Centre d'Enseignement des Professions de la Santé de Genève (1987) c'est-à-dire qu'il y a danger immédiat de mort ou d'atteinte grave à la santé. Selon la N.A.C.A. :

Degré de gravité selon l'index "NACA"	
Degré 7	Blessures et maladies mortelles avec ou sans tentative de réanimation
Degré 6	Blessures et maladies nécessitant une réanimation sur place
Degré 5	Blessures et maladies avec risque vital immédiat qui sans traitement d'urgence évolueraient probablement vers le décès
Degré 4	Blessures et maladies graves pouvant évoluer vers un risque vital sans traitement hospitalier
Degré 3	Blessures et maladies nécessitant une investigation et un traitement hospitalier
Degré 2	Blessures et maladies nécessitant un examen médical, mais pas forcément une hospitalisation
Degré 1	Blessures et maladies de nature banale
Degré 0	Indemne

1.2 Données chiffrées

C'est une situation très fréquemment rencontrée puisque d'après le Département d'Anesthésie-Réanimation de l'Hôpital Raymond Poincaré (1997) il surviendrait 550000 décès par an dus à l'arrêt cardio-respiratoire.

70000 à 100000 décès sont dus à des affections présumées réversibles ou d'origine cardiaque.

L'insuffisance coronarienne est la principale étiologie avec 80 % des cas.

Par ailleurs, d'après le Groupement des Hôpitaux Suisses, l'incidence des maladies cardio-vasculaires à l'hôpital est de 10 %.

Pourtant, il y a 27 % d'urgence absolue type arrêt cardio-respiratoire en milieu hospitalier.

1.3 Causes de l'arrêt cardio-respiratoire

D'après le C.H.U. (Centre Hospitalier Universitaire) de Grenoble par le Docteur Barnoud en 1995, les deux circonstances principales de l'arrêt cardio-respiratoire sont :

- l'hypoxie,
- l'hypovolémie.

Les causes les plus fréquentes en sont :

- l'hypoxie :
 - overdose,
 - anesthésie générale,
 - sédation médicamenteuse dans toutes ses occasions (état d'agitation, traitement anti-épileptique, examen invasif type endoscopie..., benzodiazépines, neuroleptiques),
 - intoxication médicamenteuse induite ou non,
 - traumatisme cervical ou maxillo-facial,
 - intoxication au CO (monoxyde de carbone),
 - fausse route,
 - insuffisance respiratoire chronique,
 - asthme aigu grave,
 - O.A.P. (Oedème Aigu Pulmonaire),
 - pneumothorax,
 - embolie pulmonaire.
- l'hypovolémie :
 - hémorragie massive,
 - déshydratation aiguë (enfants et personnes âgées).

Il existe encore d'autres causes essentiellement cardio-vasculaires :

- fibrillation ventriculaire révélant ou compliquant une ischémie myocardique,
- obstacles aigus au remplissage et/ou à l'éjection cardiaque (embolie pulmonaire, tamponnade, péricardite...),
- troubles du rythme et/ou de la conduction,
- troubles de la contractilité cardiaque,
- états de choc septique, anaphylactiques....

1.4 Conclusion

Si l'on se réfère aux données chiffrées et aux différentes causes possibles de l'A.C.R. (Arrêt Cardio-Respiratoire), on se rend compte que tous les services en milieu hospitalier peuvent être concernés.

Il est vrai que la spécificité des services de réanimation et des urgences engendre une fréquence d'A.C.R. plus importante, mais cette détresse peut également survenir en médecine (où le nombre de maladies cardio-vasculaires est souvent important), en gériatrie (où l'âge des patients est un facteur de risque), en pneumologie, au bloc opératoire....

Ainsi, l'A.C.R. est un problème auquel les soignants et en particulier les infirmiers doivent être préparés dans les limites de leurs compétences et selon un cadre défini.

2. Cadre légal de l'infirmier face à l'arrêt cardio-respiratoire

L'infirmier est régi par plusieurs décrets tels que :

- décret n° 93.221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières,
- décret n° 93.345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

L'infirmier par ces décrets doit être capable face à l'A.C.R. de faire :

2.1 Le bilan de la situation

- article 1 du décret du 15 mars 1993 :
"...évaluer la souffrance et la détresse des personnes..."
- article 8 du décret du 15 mars 1993 :
"...après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence..."

Pour être capable de faire ce bilan et d'être sûr de lui, l'infirmier d'après l'article 10 du décret du 16 février 1993 :

"...a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles..."

Une fois son bilan établi, l'infirmier doit être capable de mettre en place la suppléance cardio-respiratoire.

2.2 Suppléance cardio-respiratoire

La suppléance cardio-respiratoire apparaît dans :

- l'article 6 du décret du 16 février 1993 :
"...l'infirmier ou l'infirmière est tenu de porter assistance aux malades ou blessés en péril"
- l'article 2 du décret du 15 mars 1993 attribue au rôle propre de l'infirmier l'entretien et la continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution... :
"l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives qu'il juge nécessaires et accomplir les soins indispensables"
- l'article 8 du décret du 15 mars 1993 :
"...lorsque la situation d'urgence s'impose à lui, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin"

De ce fait, la R.C.R. (Réanimation Cardio-Respiratoire) étant mise en route, le rôle de l'infirmier se poursuit mais cette fois dans le contrôle de l'efficacité des manœuvres de suppléance cardio-respiratoire.

2.3 Contrôle de l'efficacité des manœuvres

Le contrôle de l'efficacité des manœuvres est établi d'après l'article 1 du décret du 15 mars 1993, les soins infirmiers ont pour objet :

"...de participer à la surveillance clinique des patients et la mise en œuvre des thérapeutiques"

Une fois les initiatives et les gestes mis en œuvre, l'infirmier doit toujours rendre compte de ce qui a été effectué.

2.4 Compte rendu écrit et signé

D'après l'article 8 du décret du 15 mars 1993 relatif aux actes infirmiers conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin :

"ces actes doivent obligatoirement faire l'objet, de sa part et dès que possible d'un compte rendu écrit, daté, signé et remis au médecin"

2.5 Conclusion

Au regard de la loi, l'infirmier est donc sensé :

- reconnaître un A.C.R.,
- mettre en œuvre toutes les actions permettant de commencer une réanimation cardio-respiratoire,
- de surveiller l'efficacité de ses gestes,
- de transmettre les gestes effectués.

Compte tenu de ces textes, l'infirmier engage considérablement sa responsabilité face à l'A.C.R., ceci confirme la nécessité d'une formation de qualité des gestes de réanimation cardio-respiratoire.

3. Les difficultés de l'infirmier face à l'arrêt cardio-respiratoire

Dans les services généraux d'un centre hospitalier, l'infirmier ne rencontre pas souvent l'urgence absolue qu'est l'A.C.R.. Pourtant, le risque de devoir mettre en œuvre une R.C.R. existe toujours et on demande à l'infirmier d'être capable et efficace vis-à-vis de la situation.

On attend de l'infirmier une prise en charge optimale.

3.1 Le rôle de l'infirmier

En moins de trois minutes (l'hypoxie entraînant au-delà de ce délai des lésions cérébrales irréversibles), il doit

- reconnaître la situation,
- alerter,
- décider des priorités,
- mettre en œuvre les actions adéquates et efficaces.

3.1.1 *Reconnaître la situation*

Il doit reconnaître l'A.C.R. par :

- la perte de conscience,
- l'arrêt respiratoire,
- l'abolition des pouls carotidiens et fémoraux.

L'infirmier doit donc utiliser ses connaissances et les mettre rapidement en pratique.

3.1.2 *Alerter*

L'infirmier doit alerter selon un protocole qui devrait exister dans tous les services (ce qui n'est pas toujours le cas). Si, par exemple, l'infirmier est nouveau dans un service et qu'il n'a pas pris connaissance de toutes les modalités (numéro du standard, numéro du médecin de garde...), il se retrouve face à un premier problème qui est source d'une perte de temps pour la prise en charge de l'A.C.R..

L'alerte doit être précise car elle permet d'obtenir le renfort adéquat.

3.1.3 *Décider des priorités*

C'est la démarche la plus importante puisque la bonne gestion de celle-ci entraînera la qualité de la prise en charge.

Elle correspond à l'organisation de la réanimation :

- installer le malade,
- demander un renfort,
- se faire amener le chariot d'urgence,
- préparer toutes les drogues possibles ainsi que le plateau d'intubation.

3.1.4 *Mettre en œuvre les actions adéquates et efficaces*

En moins de trois minutes, tout en ayant effectué les autres points, l'infirmier doit entamer une réanimation cardio-respiratoire :

- ventilation artificielle (bouche à bouche, oxygène au ballon),
- M.C.E. (Massage Cardiaque Externe).

3.2 Les difficultés rencontrées

L'A.C.R. entraîne un stress qui devient un obstacle à la qualité du soin surtout pour des infirmiers peu expérimentés à celui-ci.

Le stress engendré par l'A.C.R. est dû à :

- la rapidité d'action,
- l'inexpérience pratique,
- un problème organisationnel (manque de matériel et de personnel),
- la projection par l'A.C.R. de l'idée de mort.

3.2.1 *La rapidité d'action*

Selon le Docteur Barnoud du C.H.U. de Grenoble :

"l'arrêt circulatoire est la plus grande urgence thérapeutique. En normothermie, le cortex cérébral ne tolère pas plus de trois minutes d'anoxie, plus de six minutes d'inefficacité circulatoire implique un risque de décès et/ou de coma anoxique non réversible supérieur à 50 %"

Ainsi, la première personne auprès du malade est souvent l'infirmier et c'est lui qui va devoir mettre immédiatement en place la suppléance cardio-respiratoire.

Cette situation demande du "sang-froid" et une bonne gestion de l'acte. La loi du "faire vite et bien" devient alors une priorité.

La rapidité (ou l'urgence) devient alors un obstacle pour l'infirmier qui n'a pas l'expérience d'un service spécialisé de réanimation ou des urgences et le stress est souvent la cause non pas de faute professionnelle mais de gros problèmes d'organisation qui peuvent altérer la qualité du soin effectué (cf. Recherche suisse sur les situations d'urgences médico-chirurgicales de 1995).

3.2.2 *L'inexpérience pratique*

a. définition

On peut définir un infirmier peu expérimenté à la réanimation cardio-respiratoire parce qu'il manque de pratique dans son service auquel s'ajoute trop souvent l'absence d'une formation continue à ce soin.

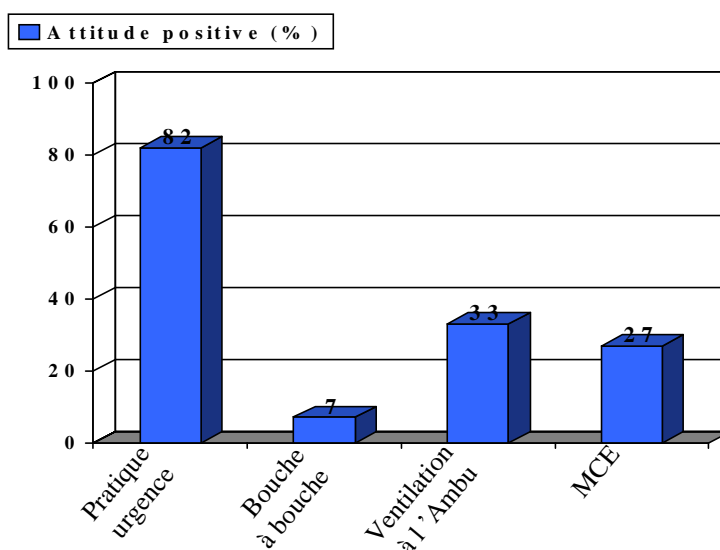
b. données chiffrées

En effet, d'après une étude du C.H.R. (Centre Hospitalier Régional) de Rennes, 27 % des infirmiers ont déjà pratiqué une R.C.R. dont 33 % ont utilisé le matériel d'oxygénothérapie à la place du bouche à bouche.

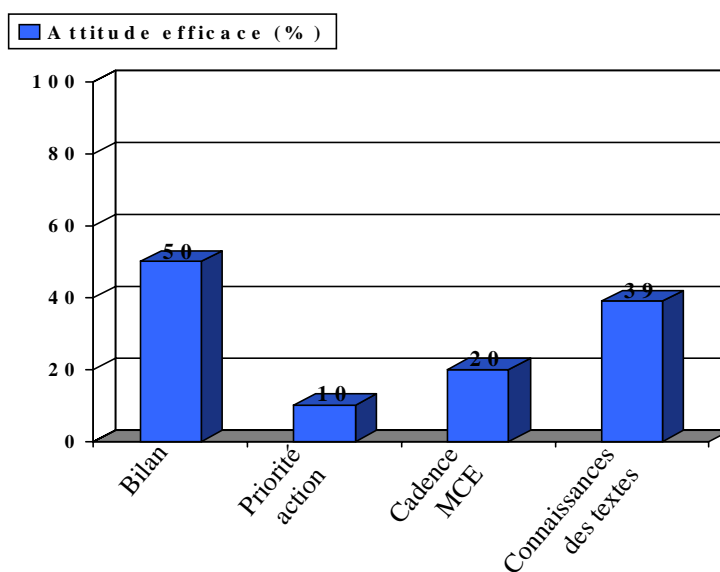
Sur un plan plus général, on considère que 50 % des infirmiers ont une totale méconnaissance de la prise en charge en urgence. On peut même d'après cette étude remarquer 90 % d'inefficacité lorsqu'il s'agit de préciser la priorité des actions.

Cette étude fait apparaître un bilan des savoirs :

Ce qu'ils disent savoir faire



Ce qu'ils savent faire



c. conséquences

Cette inexpérience pratique a des conséquences graves :

- Un stress engendré par la non maîtrise de l'acte (risques de suraccident, exemple : augmentation du nombre de piqûres avec des aiguilles souillées),
- Une mauvaise qualité du soin due à :
 - une durée d'intervention allongée,
 - une technique de ventilation et de massage cardiaque externe (fréquence, amplitude) insuffisante voire inefficace,
 - une mauvaise utilisation du matériel (non préparation de l'aspiration, oxygène, chariot d'urgence).

d. formation

Cette inexpérience n'est pas uniquement due à un manque de pratique dans un service mais résulte parfois de la formation pratique de ce geste enseignée au sein des I.F.S.I. (Institut de Formation en Soins Infirmiers) ou est la conséquence de l'absence d'une formation continue.

De plus en plus, les écoles proposent aux élèves une formation de premiers secours qui comprend la gestion de l'A.C.R. (ventilation artificielle + massage cardiaque externe) sur mannequin, mais celle-ci n'est pas réellement adaptée au milieu hospitalier.

Ainsi, des infirmiers peu expérimentés à ce geste, aussi bien par leur formation initiale que par leur exercice professionnel, sont en difficulté face à un A.C.R. et à la gestion de celui-ci qui ne sera pas optimale voire inefficace.

On peut également mettre en évidence un manque considérable de formation (initiale ou continue) en équipe afin que les infirmiers soient capables de gérer la réanimation cardio-respiratoire de façon coordonnée, cohérente et donc efficace au sein d'une équipe soignante.

Donc à l'inexpérience individuelle s'ajoute l'inexpérience au travail d'équipe.

e. la place du service de réanimation ou des urgences

De nombreux services ont pour protocole d'appeler en cas d'A.C.R. le service de réanimation ou des urgences.

Or, on assiste à l'hôpital à un manque de confiance entre services qui conforte parfois les équipes peu expérimentées dans leur ignorance, car les médecins de réanimation ou des urgences arrivent avec leur équipe et leur matériel.

Ainsi, les équipes se reposent sur la réanimation ou les urgences et ne voient plus la nécessité d'être formées à un tel geste.

Il est vrai que le service de réanimation ou des urgences procure un confort pour les équipes des autres services mais il ne faut pas oublier le décret du 16 février 1993 (article 10) qui stipule :

"... 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"

Si tous les infirmiers maîtrisaient la pratique de la réanimation cardio-respiratoire alors la prise en charge serait plus rapide car il n'y aurait plus besoin d'attendre l'équipe de réanimation ou des urgences, et la qualité de la prise en charge évoluerait parallèlement.

f. problèmes organisationnels

Ces problèmes peuvent être dus, comme nous l'avons vu précédemment, à un manque de formation en équipe mais aussi de matériel ou de personnel.

➤ Manque de matériel

Deux éléments sont essentiels dans la prise en charge dans l'A.C.R. :

- le chariot d'urgence,
- l'oxygène.

Nous pouvons constater de par notre expérience en milieu hospitalier que tous les services ne sont pas équipés d'un chariot d'urgence (il existe souvent un chariot pour plusieurs services).

Je tiens à préciser que le chariot d'urgence doit répondre à quelques critères :

- être accessible à tous,
- être plombé,
- être vérifié à chaque changement d'équipe
(d'après le Cahier de l'infirmière de Cardiologie)

Suite à plusieurs entretiens avec des infirmiers, je me suis aperçue que le chariot d'urgence (s'il est présent) était parfois dans un local fermé ou bien au fond de la salle de soins....

En ce qui concerne l'oxygénothérapie, les difficultés sont moindres car les chambres sont presque toujours équipées de prise murale.

Ainsi, on peut imaginer les différents obstacles que peuvent rencontrer les infirmiers lors d'une réanimation cardio-respiratoire sur le plan matériel.

Ces problèmes ne sont que d'ordre organisationnel et peuvent être facilement résolus.

➤ Manque de personnel

Le manque de personnel en milieu hospitalier est trop souvent rencontré et est entre autre la source de difficultés pour l'organisation d'une R.C.R..

En effet, une réanimation cardio-respiratoire demande la mobilisation de plusieurs soignants formés (infirmiers, médecins...).

D'après une procédure de réanimation cardio-respiratoire du C.L.S.C. Saint-Michel:

"l'équipe d'urgence intervient auprès de la victime et est composée idéalement de 4 personnes"

Toujours d'après cette même procédure, chaque infirmier a un rôle bien défini :

- le premier infirmier alerte et débute les manœuvres,
- le deuxième assiste le premier,
- le troisième s'assure de la présence du chariot d'urgence, prépare le matériel nécessaire en attendant l'arrivée du médecin.

Il existe de nombreuses procédures car celles-ci doivent être étudiées par chaque service en fonction des moyens humains (exemple : cahier de l'infirmière de Cardiologie, page 69 sur l'arrêt cardio-respiratoire).

Le manque de personnel infirmier se fait parfois ressentir en particulier lors d'un A.C.R., car cela peut signifier l'arrêt de tout acte en cours puisque seul l'infirmier est habilité à utiliser l'oxygène et à diriger les manœuvres de réanimation en attendant l'arrivée du médecin.

Il ne peut donc pas déléguer les gestes aux aides-soignants qui sont parfois les premiers confrontés à cette détresse.

Ce manque de personnel accentue le stress des infirmiers surtout s'ils ne sont pas sûrs de leurs gestes et des priorités à prendre.

A cette multitude d'obstacles s'ajoute l'incontrôlable idée de la mort que nous projette l'arrêt cardio-respiratoire, elle est imminente et peut paraître parfois injuste.

g. projection par l'arrêt cardio-respiratoire de l'idée de la mort

L'arrêt cardio-respiratoire est une urgence absolue c'est-à-dire risque de mort imminente. L'infirmier est avant tout un être humain et comme toute personne appréhende la mort : accepter la mort possible de l'autre, c'est être au clair avec sa propre conception de la mort.

D'après un rapport du Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi ("Soigner et accompagner jusqu'au bout" B.O. n° 86.32 bis) :

"la peur de la mort a toujours existé mais la mort est peut être maintenant plus inquiétante qu'autrefois car la civilisation actuelle cherche à la cacher"

En effet, l'infirmier se retrouve doublement affecté par l'idée de la mort, par son propre ressenti et par un sentiment possible d'échec.

Par ailleurs, ce même rapport indique :

"la mission du soignant est de mettre en œuvre tous les moyens dont il dispose pour soigner (...) le décès du malade ne devrait pas être source de culpabilisation. La mort doit pouvoir être acceptée comme l'ultime acte de vie du patient par le professionnel de santé qui a utilisé son savoir et son énergie à le soigner, le soulager..."

Personne n'ignore la souffrance de l'infirmier qui est dans "le refus du caractère inéluctable de la mort", celui-ci varie en intensité selon l'âge du malade et selon ce que le mourant projette sur l'infirmier.

Emmanuel Goldenberg dans un article sur la souffrance des soignants dit :

"face à la mort, se tenant près du mourant, ils sont des soignants en souffrance"

D'après une enquête effectuée, 40 à 90 % des soignants sont touchés par cette souffrance caractérisée par un sentiment d'impuissance, d'accablement, de choc, de colère, d'anxiété... (Revue Etudes novembre 1987 "Près du mourant, des soignants en souffrance" par Emmanuel Goldenberg).

Ce sentiment ne peut malheureusement pas être modifié, il est propre à chaque infirmier. Mais, il est vrai qu'une maîtrise de la réanimation au niveau pratique permet de palier à ce stress psychologique en se protégeant derrière la technique.

h. conclusion

Si l'on reprend toutes les difficultés citées précédemment, à savoir :

- la rapidité,
- l'inexpérience pratique,
- les problèmes organisationnels,
- l'idée de la mort,

nous remarquons le stress de l'infirmier face à la réanimation cardio-respiratoire.

On peut alors se demander, si avec toutes les améliorations nécessaires pour résoudre les difficultés détaillées précédemment, le stress engendré serait diminué et ainsi la qualité du soin sera optimisée.

III. LA REANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE

1. Définition

1.1 D'après le Mémento "Les urgences" par Sonke Müller, Maloigne 1995

Dans la réanimation cardio-respiratoire, on distingue des mesures élémentaires et des mesures avancées :

- Mesures élémentaires : restauration mécanique de la circulation (coup de poing en région précordiale, massage cardiaque externe), respiration artificielle,
- Mesures avancées : réanimation cardiaque médicamenteuse et électrique, respiration artificielle utilisant des accessoires (intubation...).

1.2 D'après le Petit Larousse 1997, dictionnaire encyclopédique

La réanimation est l'ensemble des moyens propres à rétablir et à maintenir un équilibre des fonctions vitales normales (respiration, circulation, rythme cardiaque).

En résumé, la réanimation cardio-respiratoire est une suppléance des fonctions naturelles momentanément abolies. Elle se caractérise par un massage cardiaque externe et une ventilation artificielle permettant l'éjection de sang vers les organes (M.C.E.) et l'oxygénation du transporteur (ventilation).

2. Technique de réanimation cardio-respiratoire

Les textes utilisés pour cette partie sont :

- Fiches pédagogiques et techniques de l'Attestation de Formation aux Premiers Secours du Ministère de l'Intérieur, juin 1998,
- Guide de l'équipier, Premiers Secours en Equipe de la Croix-Rouge Française, avril 1994,
- Protocole de réanimation cardio-respiratoire du C.L.S.C. Saint-Michel, C.H.U. de Grenoble 1995,
- Cahier de l'infirmière en Cardiologie, page 69, 1996,
- cours théorique par le S.A.M.U. 94 (Service d'Aide Médicale Urgente) présenté au sein de l'I.F.S.I. Suzanne Pérouse (Croix-Rouge Française), mars 1999.

2.1 Sauveteur isolé

Face à un arrêt cardio-respiratoire, le sauveteur doit mettre en place une prise en charge précise :

2.1.1 Faire un bilan

Le sauveteur doit être capable :

- de reconnaître une personne inconsciente (ne répond pas à un ordre simple et/ou à une question simple),
- de reconnaître un arrêt respiratoire (libération des voies aériennes, vérification de la présence de ventilation pendant 8 à 10 secondes),
- d'effectuer deux insufflations par bouche à bouche ou bouche à nez en maintenant une bascule prudente de la tête en arrière,
- de reconnaître un arrêt cardiaque par la vérification de la présence du pouls carotidien pendant 5 à 6 secondes.

2.1.2 Alerter

Dès l'établissement d'un bilan complet, il doit alors alerter rapidement les secours adéquats (le S.A.M.U. en appelant le 15). Dans cette alerte, doit apparaître :

- le type de problème,
- les circonstances,
- le lieu,
- la prise en charge effectuée.

2.1.3 Mise en place de la réanimation

a. positionnement de la victime

- sur le dos,
- torse nu,
- sur un plan dur (sol...).

b. positionnement du sauveteur

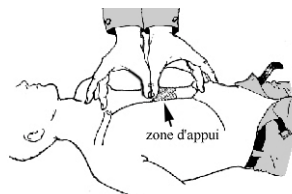
- le bras de la victime du côté du sauveteur est écarté du thorax et placé à angle droit par rapport à l'axe du corps de la victime,
- le sauveteur se place à genoux, à cheval sur ce même bras, les genoux en contact avec l'aisselle de la victime.

c. repérage de la zone d'appui

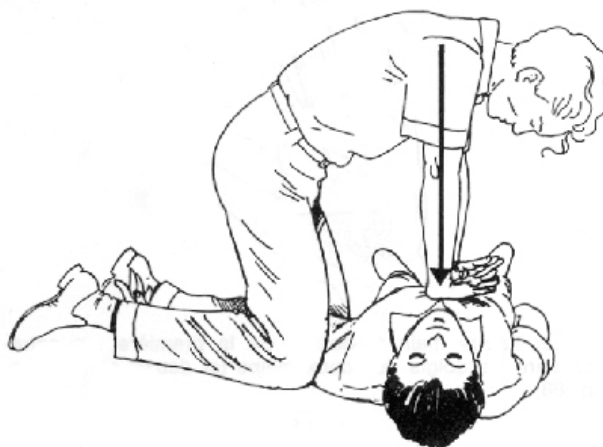
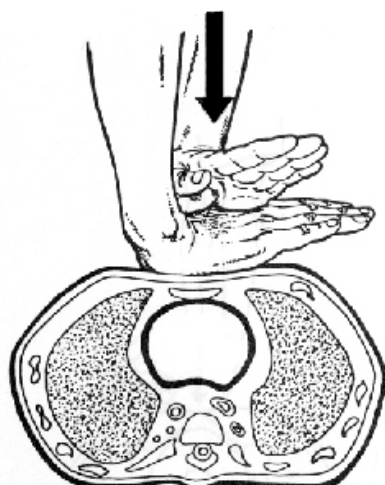
- repérer, avec l'extrémité du majeur, le creux situé en haut du sternum (à la base du cou) puis le creux où les côtes se rejoignent, à l'aide du majeur de l'autre main (en bas du sternum),
- déterminer le milieu du sternum à l'aide des deux pouces,
- placer le talon de la main sur la partie supérieure de la moitié inférieure du sternum,
- placer l'autre main au dessus de la première en entrecroisant ou non les doigts mais en veillant à bien les relever sans les laisser au contact du thorax.

d. compressions sternales

- placer les épaules parallèles à l'axe du corps de la victime, bras perpendiculaires au sternum et effectuer des poussées verticales, avant-bras dans le prolongement des bras, "coudes verrouillés",
- effectuer les compressions sternales de trois à cinq centimètres,



- le temps de compression doit être égal au temps de relâchement,
- le relâchement de chaque compression sternale doit être complet,
- ne pas décoller du sternum le talon de la main.



e. fréquence et rythme

Il faut effectuer :

- des cycles de 15 compressions sternales pour 2 insufflations avec un passage rapide insufflation/compression et inversement,
- des compressions sternales à une fréquence d'environ 80 par minute,
- une ventilation entre 12 et 20 par minute,
- 4 à 5 cycles c'est-à-dire 15 compressions sternales et 2 insufflations par minute.

f. surveillance

La surveillance de l'efficacité de la réanimation cardio-respiratoire a pour but de vérifier le retour de la fonction circulatoire par la reprise du pouls carotidien. Elle doit se faire toutes les deux minutes (8 à 10 cycles) et ceci pendant 5 à 6 secondes.

g. arrêt de la réanimation

Soit par :

- la reprise du pouls carotidien,
- décision médicale.

2.1.4 Cas particulier : la réanimation à 2 sauveteurs

La technique reste pratiquement la même :

- le premier sauveteur se place à la tête de la victime, maintient la bascule de tête (libération des voies aériennes) et effectue la ventilation artificielle,
- le deuxième sauveteur se place au niveau du thorax et effectue les compressions sternales (M.C.E.).

L'alternance des compressions et de la ventilation est de 5 pour 1 soit 8 à 10 cycles par minute.

2.1.5 Conclusion

Cette technique est la base de la réanimation cardio-respiratoire et elle doit être mise en route dans les trois minutes suivant le choc.

Toute personne devrait maîtriser ce geste en particulier le personnel soignant car avant toute chose l'infirmier ne sera qu'un sauveteur isolé tant qu'il n'aura pas le matériel et l'aide nécessaires.

La qualité de cette réanimation est due à la formation de base de l'infirmier mais aussi à l'entraînement de ce geste. En effet, cette technique n'est efficace à 100 % que si elle est maîtrisée et plusieurs fois répétée.

D'après certains moniteurs de secourisme, la technique de réanimation cardio-respiratoire est oubliée en partie (en l'absence de pratique) au bout de 6 mois après la formation, ce qui nécessite une formation continue à ce geste.

2.2 La réanimation cardio-respiratoire au sein d'un centre hospitalier

2.2.1 Généralités

La réanimation cardio-respiratoire à l'hôpital commence exactement comme si l'infirmier était un sauveteur isolé c'est-à-dire qu'il établit un bilan, alerte et effectue les gestes adaptés (voir ci-dessus).

Mais, la réanimation ne s'arrête pas à ce niveau car l'utilisation de matériel par la suite nécessite une organisation particulière et souvent propre à chaque service ou établissement hospitalier.

Légalement, dans un service hospitalier, seul l'infirmier en l'absence d'un médecin peut mener une réanimation cardio-respiratoire et utiliser certains matériels, comme par exemple l'oxygène.

Le livre "Urgences et soins infirmiers, (page 4)" suggère que lorsque le bilan de l'A.C.R. est établi, l'infirmier doit immédiatement alerter le médecin ou le réanimateur de garde et demander qu'on lui apporte le chariot d'urgence (comprenant au moins un défibrillateur, le matériel d'intubation et les médicaments d'urgence), tout en pratiquant une réanimation cardio-respiratoire de base.

2.2.2 Protocole de réanimation cardio-respiratoire type

Nous notons que les acteurs de la réanimation ne sont que des infirmiers puis un médecin, en effet les trois exemples de protocole utilisés considèrent que le nombre d'intervenants est idéalement de 4 quatre personnes (3 infirmiers et un médecin).

Chaque personne a un rôle bien défini selon l'ordre d'arrivée au lit du malade et selon l'organisation de chaque service.

a. le premier infirmier

- reconnaît l'arrêt cardio-respiratoire,
- alerte en restant auprès du malade pour le réanimer (numéro d'alerte différent selon le service), celui-ci doit prévoir d'appeler du renfort d'au moins deux infirmiers et d'un médecin,
- débute la réanimation cardio-respiratoire dans le délai des trois minutes après le choc.

b. le deuxième infirmier

Assiste le premier dans les manœuvres de réanimation cardio-respiratoire (un au massage cardiaque externe, l'autre à la ventilation artificielle par oxygène à 15 litres/minute à l'aide d'un ballon type Ambu).

c. le troisième infirmier

- s'assure de la présence du chariot d'urgence,
- prépare le matériel nécessaire à la réanimation :
 - mise en place d'un plan dur sous le malade (sauf si les infirmiers 1 et 2 l'ont déjà placé),
 - défibrillateur semi-automatique : s'il est présent sur le chariot d'urgence, l'infirmier doit l'installer et placer les électrodes sur le malade. Par la suite, ce sont les infirmiers 1 et 2 qui se chargent du défibrillateur,
 - le plateau d'intubation qui comprend des sondes d'intubation de différents calibres, le nécessaire pour l'aspiration trachéale, le laryngoscope opérationnel avec différentes lames, une pince de Magill, du sparadrap, une seringue de 10 ml, des canules de Guédel de différentes tailles,
 - drogue d'urgence : adrénaline pour injection intra-trachéale (3 ml dans une seringue de 10 ml de chlorure de sodium montée sur une sonde d'aspiration de diamètre 10) et adrénaline intraveineuse (1 mg par ml dans une seringue de 10 ml),

Le matériel étant préparé, l'infirmier doit poser une voie veineuse (de gros calibre, 14, 16 ou 18 Gaujes) afin qu'à l'arrivée du médecin tout soit prêt.

Dès que le troisième infirmier a terminé, il peut relayer un de ses collègues, au M.C.E. ou à la ventilation.

d. en présence du médecin

- poursuite du M.C.E. et de la ventilation,
- prescription de la médication (adrénaline, bicarbonate...),
- intubation oro-trachéale ou naso-trachéale,
- défibrillation (choc électrique externe) si fibrillation ventriculaire (200 joules puis 200 joules, puis 360 joules).

3. Conclusion

La réanimation cardio-respiratoire est un acte technique par excellence, c'est aussi une urgence absolue.

Les infirmiers doivent donc, pour arriver à une bonne qualité du soin, maîtriser cette technique c'est-à-dire :

- avoir une très bonne organisation,
- savoir maîtriser le stress dû à la situation,
- savoir travailler en équipe.

En effet, toute perturbation dans l'organisation de la réanimation allonge le temps d'intervention, aggrave les risques du malade et donc diminue considérablement la qualité du soin.

Pour acquérir la maîtrise de cette technique, les infirmiers de tous les services hospitaliers doivent être formés et entraînés à ce geste, régulièrement et en équipe.

IV. LA QUALITE DE SOINS

1. Définitions

1.1 La qualité

Il est difficile de mesurer la qualité car il n'existe à ce jour aucun indicateur susceptible de rendre compte la qualité globale d'un établissement, dans la mesure où la plupart des indicateurs sont spécifiques d'une pathologie ou d'une activité (cf. recherche menée par Coopers et Lybrand dans "Gestion hospitalière", mai 1996).

Il existe néanmoins quelques définitions permettant de cadrer ce concept.

On peut citer le service de l'évaluation à la Direction de la Stratégie de l'Assistance Publique, Hôpitaux de Paris :

"Il est communément admis que des soins de qualité doivent être :

- efficaces et conformes aux normes scientifiquement admises par les experts,
- appropriés, sachant que des soins efficaces peuvent ne pas être appropriés dans certains cas,
- sûrs, c'est-à-dire comportant le moins de risques possibles pour le patient,
- accessibles et acceptables par le patient, entraînant sa satisfaction,
- représentant une utilisation optimale des ressources, des moyens disponibles".

De façon plus générale, la norme A.F.N.O.R. (Association Française de NORmalisation) Pr. X 50.120 (qualité. vocabulaire) définit la qualité comme :

"L'ensemble des propriétés est caractéristique d'un produit ou service qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites"

A ces définitions, nous pouvons associer différents critères de qualité.

1.2 Les critères de qualité

L'assurance qualité selon la norme A.F.N.O.R. est :

"L'ensemble des actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée en ce qu'un produit ou service satisfera aux exigences données, relatives à la qualité"

De par cette norme, l'O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé) en 1967 a défini des critères :

- degré d'adéquation,
- rentabilité,
- qualité scientifique et technique,
- plus ou moins d'efficacité.

Ces critères furent complétés d'un point de vue fonctionnel et opérationnel par H. Vuori (O.M.S.) en 1984 :

- efficacité,
- degré d'adéquation (accessibilité).

Par rapport à la qualité scientifique et technique, il inclut :

- degré d'application des connaissances et des techniques,
- continuité des soins,
- satisfaction des consommateurs,
- rentabilité.

Les travaux de Rhee et Al en 1987 sur la qualité de soins dans un service des urgences, nous permettent de mieux cibler le sens du mot qualité dans la réanimation cardio-respiratoire :

- "composante technique de prise en charge des problèmes somatiques au dépens de l'abord psychologique et social de la personne",
- "rapidité de la réponse apportée",
- "adéquation des décisions diagnostic et thérapeutique",
- "validité de ces décisions",
- "qualité de réalisation des différents gestes entrepris",
- "qualité des informations diagnostic et de surveillance",
- "pertinence des recours aux spécialistes",
- "maintien dans la continuité des soins par une liaison efficace avec une source de soins plus stable",
- "documentation adaptée de la prise en charge",
- "éducation et motivation du consultant avec une importance accordée à la prévention".

2. Le cadre législatif

Nous nous référerons à la Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (loi n° 91.748, Journal Officiel du 02 août 1991), ainsi qu'à l'Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (Ordonnance n° 96.346).

2.1 La qualité des soins

La loi du 31 juillet 1991 fait apparaître des dispositions modifiant le Livre VII du Code de la Santé Publique.

La Section 1 de ce texte se rapporte aux droits du malade accueilli dans un établissement de santé.

Le droit à une bonne qualité de soins en fait partie, nous nous rapportons alors au Titre 1^{er}, Section 1, Article L.710.3 :

"Afin de dispenser des soins de qualité, les établissements de santé privés ou publics, sont tenus de disposer des moyens adéquats et de procéder à l'évaluation de leur activité"

Toujours par rapport à la loi du 31 juillet 1991 relatif à la qualité du soin (Titre 1^{er}, Section 2, Article L.711.4), l'assurance du service public hospitalier se définit :

- "1°. Par les établissements publics de santé",
- "2°. Par ceux des établissements de santé privés qui répondent aux conditions fixées aux Articles L.715.6 et L.715.10".

"Ces établissements garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure de les accueillir de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement mentionné au premier alinéa.

Ils dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité de ces soins, à l'issue de leur admission ou de leur hébergement.

Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins. Ils ne peuvent organiser des régimes d'hébergement différents selon la volonté exprimée par les malades que dans les limites et selon les modalités prévues par les textes législatifs réglementaires et en vigueur (...).

Cette qualité des soins ne peut s'instaurer et s'améliorer que si elle est évaluée sur le terrain et étudiée à la suite des résultats"

2.2 L'évaluation de la qualité des soins

La Loi du 31 juillet 1991 (Titre 1^{er}, Section 2, Article L.710.4) rend compte de l'évaluation et de l'analyse de l'activité des établissements de santé :

"Les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficience"

L'évaluation de la qualité des soins permet de mettre à jour les difficultés et les besoins en formation des équipes soignantes, c'est pour cela que la loi citée précédemment prévoit dans l'Article L.711.3 les différentes missions du service public hospitalier en matière de formation :

"Concourt à :

- l'enseignement universitaire et post-universitaire et à la recherche de type médical, odontologique et pharmaceutique dans les conditions prévues par l'Ordonnance n° 58.1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale,
- la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers,
- la recherche médicale, odontologique et pharmaceutique,
- la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétence,
- aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé, à leur coordination".

L'Ordonnance du 24 avril 1996 n° 96.346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée dans le Titre 2 sur l'évaluation, l'accréditation et l'analyse de l'activité des établissements de santé souligne dans l'Article L.610.5 :

"Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation. Cette procédure, conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement..."

3. Les critères de qualité de la réanimation cardio-respiratoire

3.1 Qualité technique

Elle répond à des critères bien précis qui se rapportent à chaque geste.

3.1.1 *La ventilation artificielle*

- la fréquence de la ventilation est de 12 à 20 mouvements respiratoires par minute,
- le débit en oxygène doit être de 15 litres par minute,
- à chaque insufflation (avec ballon Ambu), le volume d'oxygène envoyé varie de 0,6 à 1,2 litres,
- les insufflations sont régulières et progressives (de trop fortes insufflations risquent d'entraîner des vomissements).

3.1.2 *Le massage cardiaque externe*

- la fréquence est d'environ 80 compressions sternales par minute,
- le repérage de la zone d'appui doit être correct,
- les compressions verticales doivent être comprises entre 3 et 5 centimètres,
- le relâchement doit être égal à la compression,
- le temps de relâchement doit être égal au temps de compression.

3.1.3 *Association ventilation artificielle – massage cardiaque externe*

4 à 5 cycles par minute doivent être effectués sachant qu'un cycle est égal à 15 compressions sternales associées à 2 insufflations. Si 2 infirmiers sont présents, 8 à 10 cycles devront être effectués par minute sachant qu'un cycle correspond à 5 compressions sternales associées à une insufflation.

3.1.4 *Préparation du matériel*

- le chariot d'urgence doit être complet, plombé et accessible à tous,
- le matériel utilisé doit être aux normes (dates de péremption correctes, matériel en bon état de fonctionnement...),
- les gestes doivent être rapides et efficaces.

3.2 La qualité organisationnelle

3.2.1 *Bonne gestion du temps*

- mise en place de la réanimation cardio-respiratoire dans un délai de trois minutes,
- alerte rapide et complète, afin que les renforts adéquats arrivent et sachent exactement les mesures à prendre.

3.2.2 *Répartition des rôles infirmiers*

La réanimation doit être cohérente et coordonnée, afin que chaque soignant connaisse son rôle pour ne pas perdre de temps et éviter une succession de problèmes.

3.2.3 *Organisation des gestes selon les priorités*

Il faut, par exemple, commencer par l'alerte et la réanimation cardio-respiratoire avant de se soucier de la présence du chariot d'urgence.

4. Conclusion

La qualité du soin dépend de l'intelligence de son organisation, qui est le fruit de nombreuses recherches sur les problèmes relevés dans les différents services et travaillés en équipe.

La qualité n'est pas uniquement due à la mise en place de protocoles de réanimation cardio-respiratoire mais surtout à la capacité de l'équipe soignante à travailler vite, efficacement et ensemble.

C'est pour cela qu'une formation et une évaluation continues des équipes sont nécessaires afin d'optimiser le soin.

V. EXPLOITATION DES QUESTIONNAIRES

1. Objectifs et méthode

1.1 Objectifs

1.1.1 Généraux

Recueil d'informations relatif à la réanimation cardio-respiratoire auprès des infirmiers peu expérimentés à ce soin, c'est-à-dire de services où la fréquence d'arrêt cardio-respiratoire est moindre, et donc avec une pratique de la réanimation cardio-respiratoire peu régulière.

1.1.2 Spécifiques

- décrire les caractéristiques épidémiologiques (sexe, âge, le service, la date d'obtention du diplôme, le cursus professionnel et le nombre d'infirmiers dans le service),
- connaître les capacités et les difficultés techniques rencontrées par l'infirmier lors de la réanimation cardio-respiratoire,
- connaître les modalités d'organisation dans les services et les réactions des infirmiers face à celle-ci,
- connaître la formation des infirmiers vis-à-vis de la réanimation cardio-respiratoire aussi bien durant leurs études que pendant leur vie professionnelle,
- cibler d'un point de vue psychologique la conception de l'arrêt cardio-respiratoire par l'infirmier.

1.2 Méthode

1.2.1 Le questionnaire

Le questionnaire permet une approche beaucoup plus personnalisée des personnes interrogées. En effet, les difficultés face à l'arrêt cardio-respiratoire sont propres à chaque infirmier et parfois à des problèmes d'organisation en équipe et/ou de matériel.

C'est pour cela que cette méthode est intéressante car elle permet de voir aussi bien par son aspect quantitatif, la fréquence de certains ressentis ou difficultés, tout en gardant un aspect qualitatif par les notes personnelles que peut apporter chaque infirmier.

Le questionnaire permet aussi, par le nombre de réponses identiques, d'établir une recherche de solutions qui permettrait d'améliorer les problèmes souvent rencontrés.

1.2.2 La population étudiée

La population étudiée est formée globalement d'infirmiers diplômés d'Etat travaillant au sein des services dits "généraux", c'est-à-dire autres que la réanimation et les urgences. La fréquence de la réanimation cardio-respiratoire étant moins importante dans ces services, les infirmiers interrogés sont donc peu expérimentés à ce soin.

L'âge des personnes interrogées varie de 23 à 55 ans, ainsi l'échantillon représente plusieurs "générations" (formation différente...) ce qui permet une étude très diversifiée.

1.2.3 Recueil des données

a. nombres et lieux

50 questionnaires ont été envoyés ou remis en mains propres dans différents services au sein d'établissements de santé indifféremment publics ou privés. 27 ont été recueillis dont 20 sont réellement exploitables (les 7 autres n'étant pas remplis correctement).

Les services concernés sont de différentes spécialités :

- médecine du travail,
- chirurgie,
- maladies infectieuses et tropicales,
- pneumologie,
- oncologie,
- consultations centralisées.

b. buts

Ces questionnaires me permettent de distinguer les différentes approches des infirmiers vis-à-vis de la réanimation cardio-respiratoire :

- les données épidémiologiques permettent de cibler l'expérience professionnelle, la maturité (âge, différents services rencontrés) et les moyens des services que peuvent utiliser les infirmiers face à l'arrêt cardio-respiratoire,
- les données techniques permettent de comprendre les besoins techniques et donc de formation pour les infirmiers afin que la maîtrise du geste diminue le stress de l'infirmier face à l'urgence et donc augmente la qualité du soin.

Ceci permettra de trouver des ébauches de solutions afin d'éliminer les difficultés techniques,

- les données organisationnelles permettent de connaître les problèmes d'organisation des différents services et les moyens pour les équipes soignantes de les régler dans la limite de leurs compétences,
- les données concernant la formation permettent de comprendre la raison pour laquelle la technique n'est pas ou peu maîtrisée et de connaître les propositions des infirmiers interrogés afin d'obtenir une meilleure formation continue pour assurer des soins de meilleure qualité,
- les données psychologiques sont importantes pour comprendre la conception de l'arrêt cardio-respiratoire par l'infirmier (son ressenti vis-à-vis de l'urgence), d'abord de façon spontanée (question posée au début du questionnaire), ensuite par une réflexion sur la réanimation cardio-respiratoire.

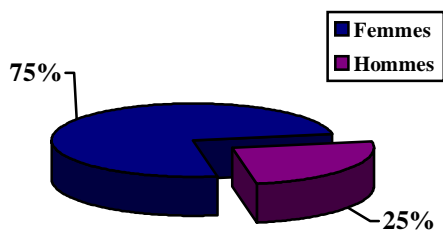
Ceci permettra d'affirmer que si la technique de la réanimation est maîtrisée, le stress sera alors vécu différemment par l'infirmier et n'altérera pas la bonne gestion du soin.

2. Résultats bruts

2.1 Données épidémiologiques

Il s'agit des questions 1 à 6 du questionnaire. Ces données permettent d'avoir une vue globale de la population interrogée aussi bien par leur âge et sexe, que par leur cursus professionnel et la date d'obtention du diplôme.

➤ Sexe



Une majorité de femmes apparaît, 15 pour 5 hommes, la prédominance féminine dans la profession d'infirmière reste toujours présente.

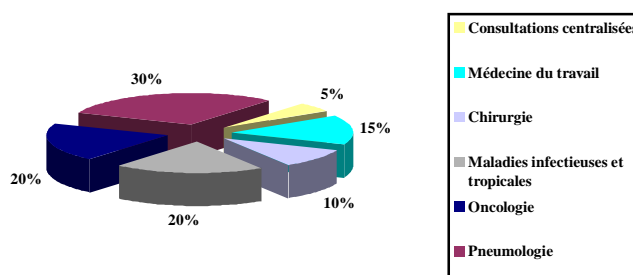
➤ Age

Répartition du nombre de personnes suivant leur âge

Age (années)	23	24	25	26	27	28	29	32	38	39	43	50	55
Nombre	2	1	1	2	4	2	1	1	2	1	1	1	1

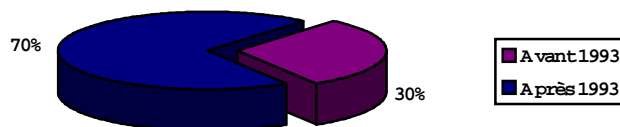
La moyenne d'âge des infirmiers est d'environ 34 ans pour l'échantillon des 20 personnes interrogées.

➤ Différents services représentés



Différents services sont représentés , cela permet de comparer les données rapportées de lieux différents et avec une population de malades particulière.

➤ **Date d'obtention du diplôme**



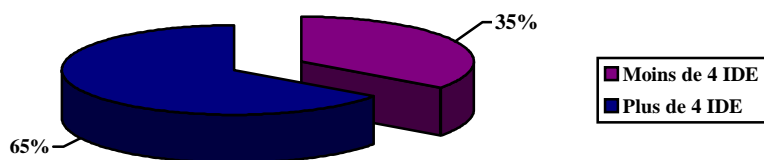
➤ **Cursus professionnel**

Dans les différents cursus professionnels représentés, 25% (5/20) des infirmiers ont déjà travaillé aux urgences et 35% (7/20) en réanimation.

Il reste tout de même pour 95% (19/20) des services rencontrés une forte prédominance des services dits généraux.

➤ **Nombre d'infirmiers dans le service**

Les résultats retranscrits ici, sont en fait le nombre d'infirmiers dans le service par journée de travail.

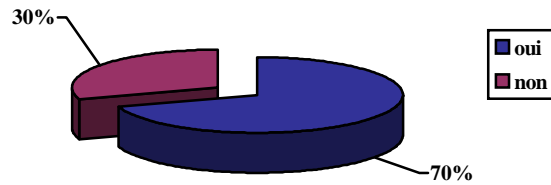


On remarque que le manque de personnel n'est pas vraiment apparent par ce schéma, mais tout dépend de la répartition du nombre d'infirmiers sur la journée et de la charge de travail dans le service.

2.2 Données techniques

Elles correspondent aux questions 8 à 12 du questionnaire.

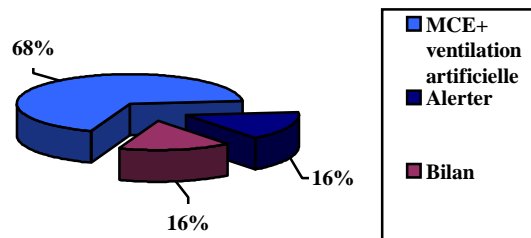
➤ **Avez- vous déjà pratiqué une réanimation cardio-respiratoire**



Nous pouvons constater que la part de OUI est plus importante, en effet 70% des infirmiers ont déjà pratiqué une réanimation cardio-respiratoire donc on ne peut pas considérer ce geste comme rare et cela même dans des services autres que la réanimation et les urgences.

➤ **Si non, quels sont pour vous les grands axes de la réanimation cardio-respiratoire**

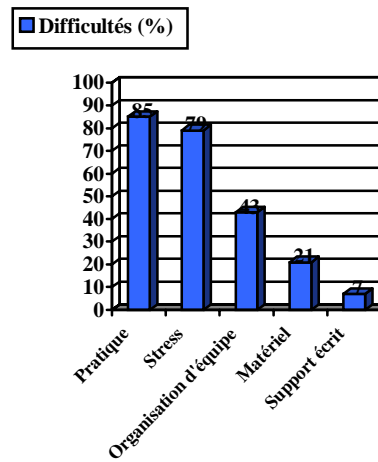
Les réponses recueillies sont celles des 30% d'infirmiers qui n'ont jamais pratiqué de réanimation cardio-respiratoire. Les résultats obtenus permettent de comprendre que les priorités dans les actions sont le M.C.E et la ventilation artificielle, mais uniquement 16% pensent à l'alerte et au bilan.



Ces résultats montrent bien que la réanimation cardio-respiratoire est un acte qui demande une bonne organisation car si l'on ne fait pas correctement le bilan et l'alerte, l'infirmier se retrouve seul, s'énerve et donc la qualité de soin est diminuée.

Pour compléter cette question, un protocole de réanimation a été placé en annexe, sur les 20 personnes interrogées, 62,5% reconnaissent ne pas se sentir prêts pour une prise en charge rapide et optimale du geste.

➤ **Si oui, quelles difficultés avez-vous rencontrées lors de vos premières réanimations**



Le manque de pratique est le plus souvent rencontré avec 80 % des réponses, suivi de près par le stress avec 79 %, ces résultats confirment donc l'hypothèse soulevée dans cette recherche.

Les problèmes d'organisations d'équipe sont présents à 43 %.

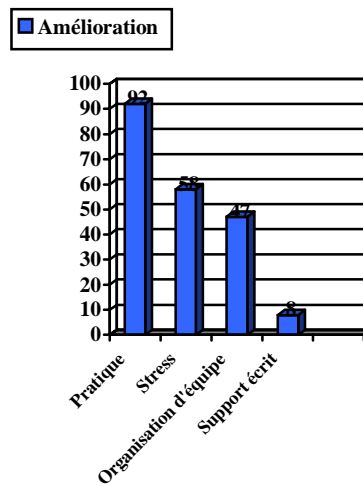
Nous pouvons donc affirmer que ces trois résultats représentent les trois grandes difficultés à diminuer voire à faire disparaître.

Les problèmes de matériel et le support écrit pour la prise en charge de la réanimation sont moins importants mais restent néanmoins présents, ceux-ci dépendent des services et des moyens mis en place par les établissements de santé.

➤ **Si vous avez pratiqué plusieurs réanimations cardio-respiratoires, pouvez-vous dire que la répétition du geste a augmenté la qualité de la prise en charge**

Sur 13 réponses recueillies, 92% (12/13) affirment que OUI et 8% (1/13) n'ont pas par la répétition, augmenté la qualité de soins.

➤ **Si oui, quels sont les facteurs qui ont permis cette amélioration**



De loin, c'est une meilleure maîtrise pratique avec 92% qui a permis l'amélioration, suivie d'une meilleure approche psychologique avec 58 % et d'une meilleure organisation des soins.

Nous pouvons alors interpréter ces résultats, en effet la meilleure maîtrise pratique entraîne une meilleure organisation d'équipe et donc étant donné que la technique est plus sûre, le stress est mieux canalisé.

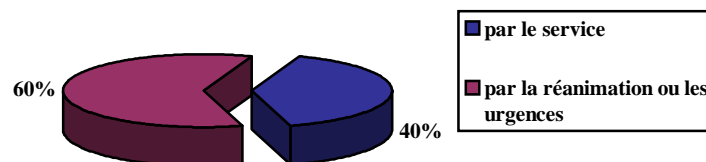
Quant à l'existence de support écrit vis à vis de la réanimation cardio-respiratoire, elle ne varie pas (8%), ce n'est donc pas le problème à régler en priorité.

2.3 Données organisationnelles

Elles correspondent aux questions 13 à 16 du questionnaire.

Ces résultats permettent d'avancer les problèmes de service sur lesquels l'infirmier a une action.

➤ Dans votre service s'il y avait besoin d'effectuer une réanimation cardio-respiratoire

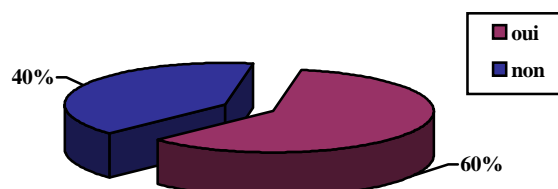


60% des services appellent la réanimation ou les urgences contre 40% qui gèrent la détresse.

Cette réponse argumente ce qui a été dit précédemment, les services de réanimation et des urgences gardent une grande place dans la gestion de la R.C.R au sein des établissements hospitaliers.

De ce fait, une grande partie des équipes se repose sur cette facilité et donc ne pratique pas ou peu la réanimation.

➤ Avez-vous un chariot d'urgence dans votre service

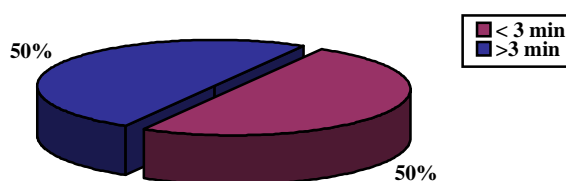


➤ **Si oui, où est-il placé**

Pour 58%, il est placé dans le couloir donc accessible à tous et pour 17% dans la salle de soins mais je suis assez choquée par les 25% restant qui avouent avoir un chariot d'urgence dans un local fermé ou inaccessible.

De plus, si l'on reprend la question précédente, 40% des services n'ont pas de chariot d'urgence, donc ces services ne sont pas prêts matériellement à prendre en charge correctement une détresse, dans le cas où le chariot n'est pas accessible, cela devient un obstacle supplémentaire à la qualité de soin.

➤ **Pour vous la prise en charge rapide de la réanimation cardio-respiratoire doit se faire en combien de temps**



Nous pouvons remarquer qu'équitablement 50% des personnes interviennent en moins de trois minutes alors que les autres dépassent ce délai.

Cela peut vouloir dire que seule la moitié des personnes interrogées ont conscience que la réanimation cardio-respiratoire doit être commencée avant les trois minutes car au-delà de ce délai l'anoxie entraîne des lésions cérébrales irréversibles.

Cette question nous amène alors à penser que le besoin de formation continue est important dans la réanimation cardio-respiratoire.

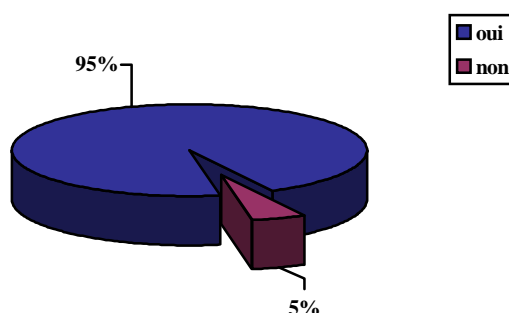
2.4 Données relatives à la formation

On se rapportera alors aux questions 17 à 21 du questionnaire.

Ces résultats permettront de connaître la formation de base de chaque infirmier sur la réanimation cardio-respiratoire et de savoir si la formation continue existe dans leur établissement pour la réanimation cardio-respiratoire et s'ils y participent.

De cette manière nous saurons aussi s'ils sont demandeurs de formation.

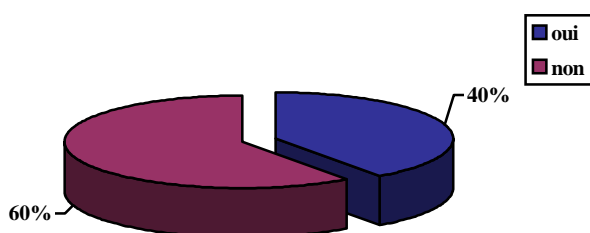
➤ **Avez-vous pendant vos études suivi une formation pratique sur mannequin de la réanimation cardio-respiratoire**



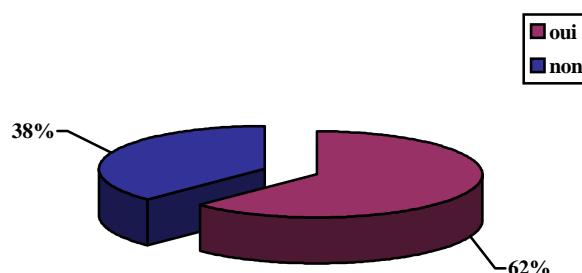
➤ **Avez-vous une formation continue sur le geste de réanimation cardio-respiratoire au sein de votre service ou établissement**

60% des infirmiers n'ont pas de formation continue à la réanimation cardio-respiratoire.

Ceci veut dire que malgré une formation de base à la R.C.R, certains n'ont plus pratiqué depuis leurs études et donc ont perdu tous leurs acquis.



➤ **Si oui, y participez-vous**



62,5 % (5/8) y participent et pour les autres les raisons données sont le plus souvent la non connaissance de la formation, un refus de formation, des sessions non accessibles, et qu'ils sont trop jeunes au sein de l'hôpital.

Donc d'après ces résultats, nous pouvons remarquer que même si la formation existe, il n'est pas évident d'y participer.

➤ **Si non, pensez-vous que pour un geste tel que la réanimation cardio-respiratoire, il faille une formation continue en équipe**

A cette réponse, nous obtenons 100% de OUI ce qui veut dire que les infirmiers sont demandeurs en matière de formation sur la réanimation cardio-respiratoire

➤ **A votre avis, une formation continue sur la réanimation cardio-respiratoire devrait se faire à quelle fréquence**

Fréquence	Tous les 2-3 ans	1 fois /an	1 à 2 fois /an	Tous les 3 mois	Tous les 2 mois	2 fois /mois
Nombres	1	13	2	2	1	1
Pourcentages (%)	5	65	10	10	5	5

Si l'on prend la majorité des réponses, 13 infirmiers sur 20 aimeraient avoir une formation continue à la réanimation cardio-respiratoire en équipe une fois par an.

Ceci paraît tout à fait réalisable et permettrait d'augmenter considérablement la technicité et l'efficacité du geste et de même améliorera la qualité du soin.

2.5 Données psychologiques

➤ Pouvez-vous citer 3 mots que vous inspire la réanimation cardio-respiratoire

Elles concernent les questions 7 et 22 du questionnaire.

Elles permettent de connaître les différentes approches de l'infirmier face à l'A.C.R de façon spontanée puis après une réflexion sur la réanimation cardio-respiratoire.

Mots cités	Réponses spontanées (%)	Réponses après réflexion (%)
Rapidité	59	70
Efficacité	40	60
Maîtrise des gestes	25	50
Maîtrise de soi	15	40
Satisfactions	15	20
Conduite à tenir (MCE + ventilation)	30	5
Matériel	10	5
Travail d'équipe	0	25
Vie	25	0

Nous pouvons conclure par ce tableau en disant qu'à la fin du questionnaire, les infirmiers ont pris conscience de la complexité de la réanimation cardio-respiratoire d'un point de vue technique (efficacité, rapidité, maîtrise des gestes, travail d'équipe) et ont laissé le côté plus émotionnel, par exemple la notion de vie a complètement disparu à la fin du questionnaire.

3. Discussion

On peut donc supposer, vu l'analyse des résultats bruts, que la maîtrise de la pratique de la réanimation cardio-respiratoire permet de diminuer le stress de l'infirmier peu expérimenté et donc d'améliorer la qualité du soin.

En effet sur les 20 personnes interrogées, 14 (soit 70%) ont déjà pratiqué une R.C.R

Et sur ces 14 personnes, 12 (soit 92%) ont amélioré leur pratique et il s'en est suivie une meilleure approche psychologique (58%).

D'après les données psychologiques, les infirmiers ont défini la qualité du soin par les termes suivants :

- efficacité
- rapidité
- maîtrise des gestes
- travail d'équipe

Le tout a entraîné une maîtrise de soi face à l'urgence.

La question qui se pose alors est : **quels sont les moyens à mettre en place pour les équipes soignantes arrivent à ce résultat ?**

100% des personnes interrogées pensent qu'il faille une formation continue en équipe à ce geste et 65% des infirmiers la préféreraient à une fréquence de une fois par an.

En effet la formation en équipe permettrait d'arriver à un automatisme des gestes de réanimation cardio-respiratoire et de travailler l'organisation en équipe. Les résultats en seraient inévitablement l'efficacité, la rapidité et donc l'augmentation de la qualité du soin.

Ces formations ont été étudiées dans une recherche sur les situations d'urgences médico-chirurgicales par le groupement des Hôpitaux Régionaux Vaudois en Suisse.

Elle affirme que les soins infirmiers d'urgence ne sont pas une spécialité reconnue et qu'une consultation nationale relative à un programme de formation complémentaire ou post-graduée est en cours.

La formation proposée par cette recherche inclut des connaissances scientifiques actualisées donnant un nouveau statut à la prise en charge des personnes en situation d'urgence.

Elle affirme qu'une formation de base ne suffit pas pour maintenir ou pour développer les connaissances et compétences nécessaires pour assurer la prise en charge.

Une formation et des exercices réguliers sont indispensables. Elle considère qu'en urgence, formation et garantie de qualité sont indissociables.

Les auteurs de cette recherche proposent, comme les infirmiers interrogés dans mon travail, une formation continue annuelle au minimum, pour tous les acteurs de santé concernés par la prise en charge des personnes en situations d'urgence.

Dans le même registre l'AFAR propose des formations aux soignants qui incluent la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire d'un point de vue hospitalier.

Ce stage de 5 jours est tenu par un médecin urgentiste et un réanimateur du S.A.M.U..

Nous ne pouvons pas dire qu'il n'existe pas de formation prévue pour ce geste mais dans les questionnaires, il apparaît que ces formations sont loin d'être automatiques dans les services.

Il est vrai qu'il n'est pas facile de réunir une équipe sur une journée pour une formation à la réanimation cardio-respiratoire, mais il est toujours possible qu'à l'hôpital, les services disposent de matériel pour se former et qu'ils prennent en charge leur propre formation avec l'aide d'un médecin du service.

Ceci permettrait de mettre en place par exemple un protocole de service et l'équipe saurait réanimer selon les différents intervenants du service.

Il ne faut jamais oublier que la maîtrise de ce geste permet une prise en charge de qualité et moins problématique pour l'infirmier.

VI. CONCLUSION

Plusieurs points ont été abordés dans ce travail qui avait pour problématique :

“ La maîtrise de la technique de réanimation cardio-respiratoire permettrait de diminuer le stress de l’infirmier peu expérimenté à ce soin et donc d’améliorer la qualité du soin du patient. ”

Nous avons traité d’une part, l’infirmier face à l’arrêt cardio-respiratoire, la place de celui-ci dans le milieu hospitalier, le cadre légal infirmier face à cette détresse et les difficultés du soignant face à l’urgence qu’il représente.

Par la suite la prise en charge technique de la réanimation cardio-respiratoire a été développée. Nous avons remarqué 2 sortes de prise en charge tout d’abord en tant que sauveteur isolé puis sa gestion à l’hôpital.

La qualité des soins a été évoquée aussi car elle fait partie intégrante du quotidien hospitalier. C’est un droit du malade que nous devons respecter et encore plus face à une urgence vitale.

Enfin l’analyse des questionnaires nous a permis d’avancer l’hypothèse que la qualité de la réanimation cardio-respiratoire est bonifiée par la maîtrise de la pratique de ce geste et par une diminution du stress de l’infirmier.

Pour ma part, en débutant ce travail, je ne savais pas vraiment si mon idée était exploitable.

Ainsi je suis restée le plus neutre possible afin que les données recueillies soient utilisées correctement.

Ce travail m’a permis d’augmenter mes connaissances sur la réanimation cardio-respiratoire, sur le cadre législatif relatif à ma future profession et sur la qualité de soin.

Je suis assez satisfaite des résultats de mon travail grâce auquel j’ai pu rapporter une hypothèse qui semble réalisable.

En effet, augmenter la qualité de la réanimation cardio-respiratoire par la pratique permet aux infirmiers de se sentir plus sûrs de leurs gestes. Mais il ne faut pas attendre que cette formation soit obligatoire, les infirmiers doivent actualiser et perfectionner leurs connaissances professionnelles comme le stipule le Décret du 16 février 1993.

La réponse obtenue à ce travail n’est pas parfaite, mais elle peut permettre de mener un questionnement plus poussé sur la formation continue en équipe et les autres moyens possibles pour améliorer la qualité de ce soin.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Textes officiels

- Journaux Officiels de la République Française:
 - du 02 août 1991, page 10255, Loi du 31 juillet 1991 n° 91.748,
 - du 25 avril 1996, page 6324, Ordonnance du 24 avril 1996 n° 96.346.
- Décrets relatifs à la profession d'infirmier :
 - du 16 février 1993 n° 93.221 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et des infirmières,
 - du 15 mars 1993 n° 93.345 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.
- Fiches pédagogiques et techniques de l'A.F.P.S. (Attestation de Formation aux Premiers secours) du Ministère de l'Intérieur, France Sélection, juin 1998.
- Bulletin Officiel du 26 août 1986 n° 86.32 bis, "Soigner et accompagner jusqu'au bout" du Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi.

2. Documentations médicales et paramédicales

- Médicales :
 - Mémento "Les urgences" par Sonke Müller, Maloine, 1995,
 - Revue "Etudes", article "Près du mourant des soignants en souffrance" par Emmanuel Goldenberg, novembre 1987.
- Paramédicales :
 - Nouveau Cahier de l'infirmière, "Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections cardio-vasculaires", édition Masson, septembre 1996,
 - Nouveau Cahier de l'infirmière, "Soins infirmiers aux urgences et en réanimation, transfusion sanguine", édition Masson, mars 1996,
 - Recherche en soins infirmiers n° 42 "Recherche sur les situations d'urgences médico-chirurgicales, besoins sanitaires et qualité des systèmes de santé", septembre 1995,
 - Revue de l'infirmière n°4, février 1993,
 - "Urgences et Soins infirmiers", édition Lamarre, 1994.

3. Documents Internet

- Procédure de réanimation cardio-respiratoire, C.L.S.C. Saint-Michel, Champ d'application : siège social du C.L.S.C., 1995,
- Arrêt circulatoire – traitement d'urgence par le Docteur D. Barnoux, C.H.U. de Grenoble, 1995.

ANNEXES

- Journaux Officiels de la République Française:
 - du 02 août 1991, page 10255, Loi du 31 juillet 1991 n° 91.748,
 - du 25 avril 1996, page 6324, Ordonnance du 24 avril 1996 n° 96.346.

- Procédure de réanimation cardio-respiratoire, C.L.S.C. Saint-Michel, Champ d'application : siège social du C.L.S.C., 1995,

- Arrêt circulatoire – traitement d'urgence par le Docteur D. Barnoux, C.H.U. de Grenoble, 1995.

- Présentation de la formation permanente de l'AFAR sur les urgences médicales : les gestes qui sauvent.

- Questionnaire étudiant en soins infirmiers sur la réanimation cardio-respiratoire

J'adresse tous mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide dans l'élaboration de mon travail écrit de fins d'études.