

Réanimation préhospitalière: quelle place pour l'entourage ?



Sous la guidance de PASQUET Béatrice

Mémoire de fin d'études
UE 5.6 S6 : Analyse de la qualité
et traitement des données
scientifiques et professionnelles

Promotion 2012-2015 IFSI ANGERS

Trovallet Mathieu

Remerciements

Ce mémoire ne serait pas ce qu'il est sans vous. Je tiens à remercier:

- Béatrice Pasquet pour m'avoir guidé tout au long de ce travail.
- Les infirmiers du SAMU 49 et du SSSM 53, Laurent, Géraldine, Cyril et Julien pour avoir accepté de répondre à mes questions et partager vos expériences.
- Elodie et Evelyne, pour vos précieux encouragements et relectures.
- Géraldine, pour tes avis et tes riches conseils.
- Déborah, pour avoir pris du temps à me conseiller, merci Chouchoute.
- Lucile, pour la folie qui nous unit, pour le temps que tu as passé à m'aider sur ma réflexion, je te suis énormément reconnaissant.
- Jordan Fradin, Infirmier à la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris pour son aide.
- La chefferie santé du Service Départemental d'Incendie et de Secours des Yvelines pour m'avoir offert la chance de réaliser un stage au sein du SSSM de Montigny-le-Bretonneux. Cette expérience restera inoubliable. Un merci particulier à Martine, infirmière sapeur-pompier professionnelle, pour ses conseils et son partage.
- Mes amis de promotion pour tous ces bons moments passés.
- Ma famille, et particulièrement ma maman pour m'avoir permis d'arriver là où j'en suis aujourd'hui.

*"Mais quand s'entrouvre la dernière porte du souffle, quand pointe l'entrée vers la mort, là aussi la vie fait douleur. Le manque, le vide prématuré, la solitude, les regrets, les souvenirs, le temps trop court, sans lendemain, l'inexplicable, l'irrationnelle et destructrice absence s'installent dans la souffrance, parfois pour un long temps."*¹

¹ **GALLE Caroline**, *Histoires de morts au cours de la vie*, Ed. L'Harmattan, 2011, page 43

Sommaire

▪ INTRODUCTION.....	1
Situation de départ.....	2
Questionnement de départ.....	4
▪ PARTIE 1: CADRE THEORIQUE.....	6
I. L'URGENCE PREHOSPITALIERE EN FRANCE.....	6
<i>a) Historique.....</i>	<i>6</i>
<i>b) L'aide médicale urgente (AMU).....</i>	<i>7</i>
1. Organisation de l'AMU.....	7
2. Le service d'aide médicale urgente (Samu).....	8
3. Les infirmiers du service de santé et de secours médical (SSSM).....	8
<i>c) De l'urgence à l'urgence vitale.....</i>	<i>9</i>
II. LA RELATION SOIGNANT-ENTOURAGE DANS L'URGENCE	10
<i>a) La famille.....</i>	<i>10</i>
1. Définitions et formes.....	10
2. La dynamique familiale face à la crise.....	11
<i>b) Souffrances de la famille et conséquences.....</i>	<i>12</i>
1. Réactions et émotions de la famille.....	12
2. Répercussions chez l'infirmier(e).....	13
<i>c) L'accompagnement.....</i>	<i>14</i>
1. La relation d'aide: définition, concepts et applications.....	14
2. La communication, l'information et la présence des proches.....	15
III. LES QUESTIONS ETHIQUES LORS DES REANIMATIONS.....	16
<i>a) Réanimation.....</i>	<i>17</i>
1. Réanimation préhospitalière.....	17
2. Réanimation d'attente et réanimation compassionnelle.....	18
<i>b) Respect de la dignité et de l'autonomie du patient.....</i>	<i>19</i>
1. Principes et règles de l'éthique dans l'urgence vitale.....	20
2. Place de l'autonomie du patient et des directives anticipées dans l'urgence.....	20
3. Obstination déraisonnable et limitation ou arrêt des thérapeutiques actives (LATA).....	21

▪ PARTIE 2: ENQUETE EXPLORATOIRE.....	23
I. METHODE.....	23
<i>a) Choix et intérêts de la méthode.....</i>	<i>23</i>
<i>b) Avant, pendant et après l'entretien.....</i>	<i>23</i>
<i>c) Limites.....</i>	<i>24</i>
II. ANALYSE DES ENTRETIENS.....	25
<i>a) Expérience des professionnels.....</i>	<i>25</i>
<i>b) Place, difficultés et élaboration de la relation soignant-entourage dans les réanimations préhospitalières.....</i>	<i>26</i>
<i>c) Réactions des soignants lors d'un arrêt ou d'un refus de réanimation.....</i>	<i>28</i>
<i>d) Outils de décision.....</i>	<i>30</i>
<i>e) Obstination déraisonnable.....</i>	<i>32</i>
<i>f) La formation des professionnels.....</i>	<i>33</i>
III. PROBLEMATISATION.....	34
<i>a) Synthèse de l'analyse.....</i>	<i>34</i>
<i>b) Question et hypothèse de recherche.....</i>	<i>36</i>
▪ CONCLUSION.....	37
▪ BIBLIOGRAPHIE.....	38
▪ ANNEXES.....	41

Glossaire des sigles utilisés

A

AMU: aide médicale urgente

AVP: accident de la voie publique

B

BAVU: ballon autoremplisseur à valve unidirectionnelle

C

CRRA: centre de réception et de régulation des appels

CTA: centre de traitement de l'alerte

D

DA: Directives anticipées

DAE: défibrillateur automatisé externe

DDAC: donneur décédé après arrêt cardiaque

I

IADE: infirmier anesthésiste diplômé d'état

ISP: infirmier sapeur-pompier

P

PISU: protocole infirmier de soins d'urgence

R

RCP: réanimation cardio-pulmonaire

RCPS: réanimation cardio-pulmonaire spécialisée

RACS: reprise activité cardiaque spontanée

S

Samu¹: service d'aide médicale urgente

SDIS: service départemental d'incendie et de secours

SFAR: société française d'anesthésie et de réanimation

SFMU: société française de médecine d'urgence

SMUR: service mobile d'urgence et de réanimation

SSO: soutien sanitaire opérationnel

SSSM: service de santé et de secours médical

V

VLI: véhicule de liaison infirmier

VSAV: véhicule de secours et d'assistance aux victimes

¹ Sigle lexicalisé, il s'écrit ainsi et sans point

Introduction

L'urgence peut survenir à tout moment et vient frapper le quotidien d'une famille. Leur proche ne répond plus. A cet instant, tout est bouleversé, tout s'effondre et la famille se trouve dépassée par les évènements. Les acteurs de l'urgence préhospitalière mettent alors tous les moyens possibles en action pour que le patient survive. L'entourage assiste, impuissant, à ces gestes techniques qui peuvent être incompris ou perçus avec une certaine violence, même lorsqu'ils ont conscience de leur nécessité. C'est le choc, c'est l'idée d'une mort imminente qui fait irruption. Les infirmier(e)s sapeurs-pompiers et/ou du Samu se lancent dans une course contre la montre. Une course parfois faite d'incertitudes sur la suite des soins. Des critères déterminent l'action à donner, à poursuivre ou à cesser. L'entourage a-t-il sa place dans cette réflexion ? Ne peut-il pas refléter fidèlement ce qu'aurait voulu le patient ?

Ainsi, ce travail de fin d'études propose d'articuler la notion de réflexion éthique avec celle de l'urgence préhospitalière, plus particulièrement à travers l'accompagnement de l'entourage. La relation avec l'entourage est indispensable mais est compliquée par les soins à délivrer. Nous verrons comment le comportement de la famille influe sur l'équipe et quelle considération cette dernière accorde à l'entourage. Dix ans après l'application de la loi Leonetti sur les droits des patients en fin de vie, nous allons aborder les directives anticipées, mesurer leur place et leur impact sur les décisions de poursuite ou d'arrêt des réanimations préhospitalières. Pour autant, chaque intervention ne concerne pas nécessairement une fin de vie. Ma réflexion s'est construite en élaborant un cadre conceptuel qui s'est confronté à une enquête auprès d'infirmier(e)s du milieu de l'urgence préhospitalière. Fidélisant ou questionnant mes apports théoriques; les réponses des professionnels ont permis de dégager des points clés de la relation soignant-entourage ainsi qu'une réflexion autour de la place de l'éthique dans l'urgence.

Je me destine vers ce type d'exercice professionnel, j'ai donc orienté mon travail dans ce domaine. Sachant l'importance de la maîtrise des gestes et soins techniques dans ce milieu (le savoir-faire), j'ai souhaité toucher une autre compétence des infirmier(e)s: le relationnel (le savoir-être). J'ai ciblé l'univers de la réanimation préhospitalière puis je me suis intéressé à l'entourage à travers ce que les soignants pouvaient apporter et répondre. Mon expérience de sapeur-pompier volontaire et d'étudiant infirmier m'ont montré

l'humanité qui existait dans des moments dramatiques. J'ai pu effectuer un stage au sein du service de santé et de secours médical des Yvelines qui a renforcé, chez moi, l'idée que l'entourage ne faisait pas seulement partie du décor de la situation. Il est là, présent, attend, voit, écoute, parfois en silence, ce que nous réalisons auprès de son proche. Nous ne devons surtout pas nous en affranchir.

Situation de départ

La situation suivante ressort de mon expérience en tant que sapeur-pompier volontaire.

En milieu d'après-midi d'un mercredi, le centre de réception et de régulation des appels (CRRA), du service d'aide médicale urgente (Samu), reçoit l'alerte d'une femme pour détresse respiratoire chez son enfant de sept mois. Le CRRA, en collaboration avec le centre de traitement de l'alerte (CTA) des pompiers, engage une équipe de trois secouristes sapeurs-pompiers au sein d'un véhicule de secours et d'assistance aux victimes (VSAV), un infirmier sapeur-pompier avec le véhicule de liaison infirmier (VLI) et une équipe du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

Sur le billet de départ, l'infirmier sapeur-pompier a, comme l'ensemble de l'équipe, pour seule information une « détresse respiratoire pour un nourrisson de sept mois ». Le VSAV et le VLI prennent, alors, départ pour le lieu de l'intervention.

Arrivés sur les lieux trois minutes après le départ, une femme d'une cinquantaine d'années (la grand-mère du nourrisson) nous attend devant son portail en nous faisant des signes. Elle nous guide vers son salon. La maman et le frère (d'environ 8 ans) et la sœur (d'environ 5 ans) du nourrisson se trouvent dans la pièce. Nous apercevons, sur la table de la salle à manger, un corps inanimé d'un nourrisson. Nous réalisons un premier bilan des fonctions vitales avec l'infirmier et nous constatons qu'il n'y a plus de signes ni de circulation ni de ventilation. Nous nous mettons donc à réaliser les gestes d'urgence, c'est à dire la réanimation cardio-pulmonaire.

Le protocole "arrêt cardio-respiratoire" du département ne spécifie aucune action pour cette détresse vitale en pédiatrie. L'infirmier reste donc limité dans les gestes paramédicaux. Un des sapeurs-pompiers, le chef d'agrès, précise par radio l'arrêt cardio-pulmonaire du nourrisson. Quant à l'ISP, je ne me souviens plus s'il a contacté le CRRA pour savoir la démarche à suivre. L'entourage, présent dans la pièce et affolé, questionne

l'infirmier et les sapeurs-pompiers sur ce qu'il se passe. L'infirmier demande alors à la famille de quitter la pièce, d'aller dehors et qu'on viendrait leur faire part de la suite des événements mais aussi qu'un médecin était en route.

La maman reste dans la pièce et explique qu'elle a trouvé son enfant dans son lit déjà inanimé et qu'elle a tenté d'insuffler de l'air par la technique du bouche à bouche. Il aurait régurgité à ce moment. Elle se dit coupable et que c'est de sa faute si c'est si grave. Elle pleure et nous supplie de tout faire pour sauver son enfant. L'infirmier et la grand mère du nourrisson demandent à la maman de s'éloigner et lui expliquent que tout est fait pour réanimer son enfant.

Quelques minutes après notre arrivée, le SMUR arrive. Il est composé d'un médecin et d'un infirmier anesthésiste diplômé d'état (IADE). Ils prennent connaissance de la situation et continuent, avec l'infirmier sapeur-pompier, de prendre en charge l'enfant en l'intubant et en réalisant deux perfusions. Ils injectent des drogues afin de tenter de relancer l'activité cardiaque de l'enfant. Nous continuons à masser et à insuffler de l'oxygène à l'aide d'un ballon auto-remplisseur à valve unidirectionnelle (BAVU) qui sera rapidement remplacé par un respirateur.

La maman revient et demande à son bébé, en pleurant, de revenir à la vie, de se réveiller... Le médecin la prend à part et lui demande des informations sur l'état de santé, c'est à dire sur les antécédents de son enfant. Il lui demande également comment était l'enfant lorsqu'elle l'a retrouvé inanimé. Il lui explique rapidement les actions mises en place et revient vers l'enfant. L'infirmier sapeur-pompier, laissant l'IADE s'occuper des perfusions, rejoint la maman et la grand-mère. Il leur explique, à nouveau, ce que nous sommes en train de faire. La grand-mère et la maman nous implorent encore une fois de tout faire pour sauver le nourrisson. L'infirmier sapeur-pompier fait preuve d'écoute auprès de la famille. Au même moment, le papa, prévenu par téléphone par sa femme, arrive de son travail. Il crie et pleure. Il s'empresse vers son enfant et l'embrasse. Devant l'affolement, le médecin leur signale que la situation est grave pour leur enfant. Son cerveau n'ayant pas été oxygéné pendant plusieurs minutes, il pourrait y avoir de lourdes séquelles si nous réussissions à réanimer leur enfant. Les parents ne savent plus quoi dire, ils souhaitent que l'on fasse du mieux que l'on peut. L'infirmier sapeur-pompier tente de rassurer la famille comme il peut.

Après environ quarante-cinq minutes sur place, le médecin questionne et informe les parents sur la continuité de la réanimation en expliquant que les chances de réanimer leur enfant sont moindres. Suite à la demande des parents d'insister, le médecin décide de

conduire l'enfant vers les urgences pédiatriques d'un centre hospitalier universitaire mais veut d'abord que l'on passe par les urgences d'un hôpital local pour réaliser une radiographie pulmonaire. La réanimation est toujours en cours.

Arrivés à l'hôpital local, une radiographie est réalisée très rapidement. Les parents sont venus en voiture. La radiographie indique que l'enfant a inhalé. Le médecin le signale aux parents.

Les parents demandent alors si les chances de survie de leur enfant sont réellement faibles et quelles séquelles il pourrait avoir si son activité cardiaque reprenait. Face aux réponses du médecin, soutenues par l'IADE et l'infirmier sapeur-pompier, les parents proposent, en larmes, que l'on arrête les gestes. Aucun d'entre nous ne parvient à dire quelque chose aux parents. Le médecin décide, alors, que nous stoppons la réanimation cardio-pulmonaire, l'IADE éteint le respirateur et le scope. Nous laissons les parents auprès de leur enfant.

Questionnement de départ

Au travers de cette situation de prise en charge d'un patient en préhospitalier, avec la présence du service mobile d'urgence et de réanimation et d'un infirmier sapeur-pompier, différentes questions me sont venues.

Bien qu'accompagné des secouristes, l'infirmier sapeur-pompier était le seul professionnel de santé au début de l'intervention. Je m'interroge alors sur les ressources mais aussi sur les difficultés qu'il peut rencontrer dans une telle situation. Il m'est important de me questionner sur le champ d'activité de l'infirmier exerçant en secteur préhospitalier ainsi que la manière dont il est habilité à offrir une réponse adaptée à telle ou telle situation. Cette situation de réanimation pédiatrique préhospitalière met en avant la présence de l'entourage. Comment allier la prise en charge d'un patient et de son entourage dans l'urgence ? Je m'interroge sur la manière dont l'infirmier exerce son rôle de soutien dans une situation d'urgence, dans des circonstances brutales et où il côtoie la fin de vie. Concernant particulièrement ce genre de situation, comment doit-on impliquer les parents lors d'une réanimation ? Quelle place leur laisser ? Je me questionne sur la place donnée à l'éthique et, par corrélation, à la dignité dans les situations d'urgence préhospitalières.

Ces différentes questions fondent le socle d'un questionnement de départ:

En quoi l'infirmier du milieu préhospitalier, confronté aux sollicitations de l'entourage, peut-il être mis en difficulté par des questions d'ordre éthique lors d'une réanimation ?

Partie 1: Cadre théorique

I. L'urgence préhospitalière en France

a) Historique

Avant de considérer l'urgence préhospitalière telle qu'on la connaît aujourd'hui, rappelons que la médecine dite d'urgence extrahospitalière (hors des murs de l'hôpital) s'est fondée grâce à la "rencontre" de trois disciplines: la chirurgie de guerre, l'anesthésie et la psychiatrie. La "*médecine d'urgence est née au milieu des champs de bataille*"¹. A la fin du 18ème siècle, durant les guerres napoléoniennes, la chirurgie d'urgence s'organise. C'est notamment pendant la prise de Spire en 1792 et la retraite de Russie en 1812 que l'idée de "la médicalisation de l'avant" est initiée par Dominique Larrey, chirurgien de Napoléon. Il prend en charge les blessés, le plus précocement possible mais tous ne peuvent pas l'être, faute de secours. Il imagine alors des ambulances capables d'aller "*porter prompt secours sur le champ de bataille même*"² et est rejoint par Pierre-François Percy qui invente le "*würst, charrette à rideaux avec table d'opération sur laquelle sont juchés des "soldats infirmiers" emmenée par un chirurgien major à cheval*"³. Les deux guerres mondiales apportent également, malgré les drames humains, leur contribution au développement des techniques, des soins et produits de réanimation et d'anesthésie. En 1936, alors professeur de chirurgie à Heidelberg en Allemagne, Martin Kirschner expliquera "*qu'il ne s'agit pas d'amener aussi vite que possible le malade chez le médecin mais le médecin auprès du malade ou du blessé. La menace vitale est à son point culminant à proximité immédiate du moment et du lieu de l'accident*"⁴. Les prises en charge des douleurs physiques et morales sont essentielles lors de ces conflits et conduisent à réfléchir aux solutions et aux meilleurs moyens pour les soulager. L'urgence se retrouve aussi auprès des soldats et des populations psychologiquement fragilisées voire traumatisées. La barbarie de la seconde guerre mondiale fait émerger les préceptes de l'aide médicale urgente (AMU) : l'équipe médicale peut se déplacer sur le lieu de l'accident. Puis durant les Trente Glorieuses⁵, les français achètent des voitures en masse, les accidents de la voie publique (AVP) se multiplient. En 1960, le constat que la mort accidentelle sur les routes est une mort évitable est réalisé. Les AVP sont médiatisés et recensés, la route est meurtrière. Le transport ne faisait qu'aggraver

¹ VALETTE Pierre, *Ethique de l'urgence, Urgence de l'Ethique*, Ed. PUF, Paris, 2013 page 13

² VALETTE Pierre, *Ethique de l'urgence, Urgence de l'Ethique*, Ed. PUF, Paris, 2013, page 18

³ Ibid.

⁴ DE LA COUSSAYE Jean-Emmanuel, *Les urgences préhospitalières*, Ed. Masson, Paris, 2003, page 6

⁵ 1945-1975

l'état de la personne victime. " On ramassait un blessé, on transportait un agonisant, on hospitalisait un mourant" ⁶. Le corps médical est alors réclamé dans ces prises en charge. Le processus de médicalisation préhospitalière se dégage. Le 1er décembre 1964, le professeur Lareng fait naître le projet de service d'aide médicale urgente (Samu) à Toulouse. Le 2 décembre 1965, suite à la hausse exponentielle des victimes de la route, le ministère de la Santé "impose à certains centres hospitaliers de se doter de moyens mobiles de secours"⁷. Les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) sont nés.

b) L'aide médicale urgente (AMU)

1. Organisation de l'AMU

L'AMU est régie par la loi n°86-11 du 6 janvier 1986 et "a pour objet (...) de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état"⁸. Elle s'assoie sur la chaîne des secours (voir Schéma de la chaîne des secours⁹), concept qui regroupe les différents acteurs pouvant participer à la prise en charge des "personnes victimes d'un traumatisme, d'un malaise ou d'une aggravation brutale d'une maladie"¹⁰ avant leur hospitalisation.

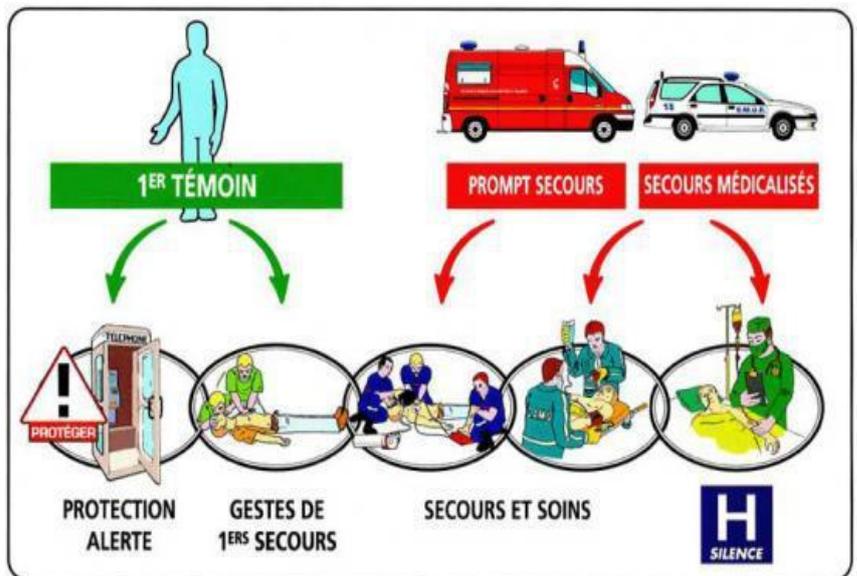


Schéma de la chaîne des secours

Lors d'une demande d'aide médicale, suivie auprès du centre de réception et de régulation des appels (CRRA) du numéro 15, les soins peuvent être délivrés à la population grâce au déplacement des secours paramédicalisés ou médicalisés. Ces soins ont pour but de

⁶ Formule de Marcel Arnaud, neurochirurgien combattant contre les blessés de la route. Dans VALETTE Pierre, *Ethique de l'urgence, Urgence de l'Ethique*, Ed. PUF, Paris, 2013 page 13

⁷ DE LA COUSSAYE Jean-Emmanuel, *Les urgences préhospitalières*, Ed. Masson, Paris, 2003, page 9

⁸ Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires, Article 2 disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/> [En ligne] (consulté le 7/03/2015)

⁹ Disponible sur <https://unesoignante.wordpress.com/2012/09/12/comment-suis-je-arrive-ici/> [en ligne] (consulté le 7/03/15)

¹⁰ Ministère de l'intérieur, *Référentiel national des compétences de sécurité civile*, PSE1. Partie 2 "La chaîne des secours", référence CI-2-1, 2007

prendre en charge le plus précocement possible la détresse qui peut être potentiellement vitale. L'AMU, en France, s'appuie sur le "*stay and play*"¹¹, l'action sur place.

2. Le service d'aide médicale urgente (Samu)

Les Samu sont des unités d'établissements hospitaliers qui ont pour vocation de répondre aux demandes d'AMU. Ses missions sont précisées par le code de la santé publique et par le décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 régissant ses missions et son organisation. Cette institution est garante de l'organisation de la médecine préhospitalière. Le Samu gère la régulation médicale (écoute médicale permanente au sein du CRRA), envoie les moyens du SMUR si la situation le requiert, choisit le transport adapté, oriente l'accueil du patient à l'hôpital ou encore s'assure de l'enseignement des gestes et techniques d'urgence. En plus d'offrir la réponse adaptée à l'urgence médicale, le SAMU est un acteur fondamental dans les crises sanitaires aiguës. Comme le stipule le décret précédemment cité, le Samu travaille en interconnexion et joint ses moyens avec ceux des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS).

3. Les infirmiers du service de santé et de secours médical (SSSM)

Le SSSM est une composante obligatoire des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS). Ce service, constitué de médecins, pharmaciens, infirmiers, psychologues et vétérinaires, a des missions internes et externes¹². La première d'entre elles, avec le contrôle de l'aptitude médicale des sapeurs-pompiers, est d'assurer un soutien sanitaire opérationnel (SSO), c'est à dire de garantir la présence de personnels du SSSM lors d'interventions à risque pour les sapeurs-pompiers. Le SSO a pour vocation de prévenir ou traiter les incidents et accidents du personnel du SDIS. En outre, le SSSM dans le cadre de l'une de ses missions externes, intervient dans l'AMU. Les infirmiers exerçant au sein de ce service peuvent être infirmiers sapeur-pompier volontaires (ISPV) ou professionnels (ISPP). Les ISP peuvent être amenés à intervenir en collaboration et sous la responsabilité d'un médecin sapeur-pompier. Ils peuvent également intervenir en partenariat avec une équipe du SMUR et sont alors sous la responsabilité du médecin de l'équipe médicale. Enfin, ils peuvent agir sans la présence d'un médecin, ou dans l'attente de celui-ci, en appliquant des protocoles infirmiers de soins d'urgence (PISU). L'application de ces protocoles est légiférée par l'article R4311-14 d'un décret du 29 juillet

¹¹Principe de l'urgence préhospitalière française qui s'oppose au "*scoop and run*" américain qui préconise, lui, le transport vers l'hôpital en priorité.

¹² Cf. Annexe "*Missions du service de santé et de secours médical*"

2004: "En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient. En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état."¹³ Lorsqu'il est seul, l'intervention d'un ISP est un "« trait-d'union » entre les mondes hospitalier et préhospitalier"¹⁴ et participe ainsi à la "réponse graduée" aux besoins de secours.

c) De l'urgence à l'urgence vitale

L'urgence en tant que telle caractérise ce qui est pressant, ce qui nécessite une action rapide, une réponse au plus vite. L'urgence médicale est définie par " toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement. L'appréciation de l'urgence est instantanée et appartient autant à la victime qu'au soignant "¹⁵. La détresse physique et/ou psychologique peut être classifiée d'urgente car chacune d'elle peut exiger une réponse immédiate. L'urgence médicale peut se décliner en urgence vitale, urgence fonctionnelle ou encore urgence ressentie¹⁶.

L'urgence vitale exige des gestes et des soins urgents, rapides, coordonnés et régulièrement invasifs. Comme le dit Pierre Valette, "la décision doit parfois être prise dans l'instant, en un coup d'œil"¹⁷. Les gestes et soins d'urgence sur une défaillance vitale (traumatisme grave, arrêt cardio-respiratoire, etc.) ont pour vocation de traiter sur place et de diriger ensuite le patient le plus rapidement possible vers une structure hospitalière

¹³ **Légifrance**, article R4311-14 Code de la Santé Publique, www.legifrance.fr [En ligne] (dernière consultation le 16/05/2015)

¹⁴ **Association Nationale des Infirmiers Sapeurs-Pompiers (ANISP)**, Réponse graduée et place de l'ISP, Disponible sur <http://www.infirmiersapeurpompiers.com/category/Reponse-graduee-et-place-de-l-ISP.html> [En ligne] (consulté le 28/02/2015)

¹⁵ **Institut UPSA de la Douleur**, Douleurs et urgences, Disponible sur <http://www.institut-upsa-douleur.org/patients/douleur-aigue/urgences/definition-de-l-urgence>[En ligne] (consulté le 14/02/2015)

¹⁶ "Pas de danger véritable pour le patient, tableau d'angoisse", Disponible sur http://www.soins-infirmiers.com/organisation_des_urgences.php [En ligne] (consulté le 12/02/2015)

¹⁷ **VALETTE Pierre**, *Ethique de l'urgence, Urgence de l'Ethique*, Ed. PUF, Paris, 2013 page 46

adaptée. On dit d'ailleurs que l'on "technique" le patient en le scopant, en réalisant une intubation oro-trachéale, en posant des voies veineuses périphériques, etc., tout en pratiquant des gestes de réanimation tels que le massage cardiaque externe, la ventilation au BAVU, etc. lorsque cela s'avère nécessaire. Le traitement de l'urgence vitale, dans la prise en charge préhospitalière, se caractérise tout d'abord par la réalisation d'un rapide, mais précis, bilan des fonctions vitales. Ce dernier a pour vocation d'évaluer la gravité d'une potentielle détresse. Cette évaluation permet d'orienter les gestes et actions à mettre en place, par exemple la réanimation cardio-pulmonaire. Dans un second temps, se rajoute un bilan complémentaire et lésionnel. Ces bilans visent à comprendre, lorsque cela est possible, la manière dont sont apparus les signes et symptômes de la détresse présentée. Ils peuvent renseigner sur les antécédents du patient et permettent, médicalement, d'élaborer sinon de réfléchir à un diagnostic ainsi qu'à un pronostic. Lorsque le patient est dans l'impossibilité de répondre, inconscient par exemple, les témoins, qui peuvent être des membres de la famille, peuvent être interrogés pour comprendre la situation.

II. La relation soignant-entourage dans l'urgence

a) La famille

L'entourage d'un patient correspond, ici, aux personnes qui vivent habituellement autour et avec lui. Les proches *"que sont : les enfants légitimes, naturels ou adoptifs, les parents, époux ou concubins, les personnes ayant conclu un pacte civil de solidarité, enfin ceux qui partagent l'intimité du malade. La connaissance des liens familiaux ou personnels permet en règle de préciser leur réalité et les éventuels problèmes relationnels au sein de l'entourage. Lorsque ceci n'est pas possible, il semble logique de privilégier les liens de parenté au premier degré"*¹⁸. Il convient donc de greffer la notion de famille à cet entourage. Pour comprendre la manière dont s'opère la relation entre le soignant et l'entourage, il me semble important de tenir compte de ce que représente une famille ainsi que la manière dont celle-ci réagit lorsqu'elle est confrontée à une situation brutale.

1. Définition et formes

Wright, Watson et Bell ont identifié, en 1990, la famille comme *"un groupe d'individus liés par un attachement émotif profond et par un sentiment d'appartenance au*

¹⁸ **Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)**, *Informations aux patients de réanimation et à leurs proches*, 2001 disponible sur <http://www.sfar.org/article/425/informations-aux-patients-de-reanimation-et-a-leurs-proches-2001> [En ligne] (consulté le 09/04/2015)

groupe et qui s'identifient comment étant « membres de la famille »¹⁹. Les formes familiales sont multiples et diffèrent avec l'évolution de la société: on retrouve des familles monoparentales, recomposées, etc. On observe des familles de toutes les cultures et, au même titre, de toutes les religions. Par ailleurs, la famille se traduit par des relations entre ses membres:

-la parenté: "ensemble de personnes réunies par des liens de filiation, des liens de germanité (frères-sœurs), d'alliance (mari-femme)"²⁰. C'est donc une relation sociale de l'ordre de l'intime et du privé entre des individus qui ont des liens communs. Cette relation est différente d'une société et d'une culture à une autre. La parenté entraîne des droits, des devoirs²¹ et des interdits. On retrouve le concept de parentalité dans la parenté. Celui-ci se rattache à la fonction, aux rôles et responsabilités des parents. La parentalité, et la parenté en général, engendrent des liens. On peut également citer la relation conjugale, laquelle est également de diverses formes (mariage, pacs, etc.). La relation conjugale est une alliance entre deux individus qui partagent une histoire et des événements communs (naissance d'un enfant par exemple). Ainsi, l'attachement parent(s)-enfant(s), mari-femme, frère(s)-sœur(s), nièce-tante, etc. est une composante affective dans une relation de proximité, de réciprocité et d'engagement.

2. La dynamique familiale face à la crise

La famille est un système qui se compose de personnes avec leurs sentiments, leurs comportements ou encore leurs croyances. Le système familial se construit par les événements et expériences vécus, on parle d'histoire familiale. Cette dernière influe sur les relations entre les membres de la famille, lesquelles se modifient en permanence. On regroupe cette idée sous la notion d'homéostasie familiale²². Un problème de santé, qu'il soit chronique ou brutal de l'un des membres d'une famille influe sur la dynamique familiale. Face à ce problème, la famille, ainsi que chacun de ses membres, va le vivre et lui donner une signification de manière à la fois collective et individuelle. Le problème de santé inattendu et brutal provoque une crise pour la famille et pour chaque individu la composant.

¹⁹ **DUHAMEL Fabie**, *La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers*, Ed. gaëtan morin éditeur, 1995, page 26

²⁰ Cours sur la famille, Semestre 1

²¹ Par exemple, les parents doivent être prévenus et donner leur consentement lorsque leur enfant mineur doit recevoir des soins (lorsque les parents ne sont pas destitués de l'autorité parentale sinon c'est le représentant légal).

²² Dans le cadre de la thérapie systémique familiale, Jackson dit que la famille a le pouvoir de se réguler pour trouver un équilibre et préserver sa survie face au changement. Dans **DEAVILA JACKSON Donald**, *La question de l'homéostasie familiale*, (chapitre III) dans WIKIN Yves, *La Nouvelle Communication*, Ed. Seuil, 2000

Crise: "moment très difficile dans la vie de quelqu'un, d'un groupe, dans le déroulement d'une activité, etc. ; période, situation marquée par un trouble profond"²³ ou "événement qui bouleverse les habitudes ancrées"²⁴. On retrouve cette notion de crise dans les situations d'urgence préhospitalières où se mêlent violence, brutalité et imprévisible. La crise entraîne des bouleversements, des réactions et des émotions. La crise se confronte à la conscience et à la réalité de la famille ainsi qu'à celles de chacun de ses membres. La famille est en souffrance.

b) Souffrances de la famille et conséquences

Face à une situation de soins et de gestes urgents sur l'un des leurs, la famille présente sur les lieux, va être un témoin plus ou moins direct de la prise en soin. Le contexte de celle-ci va provoquer individuellement une charge émotionnelle. Lors des réanimations préhospitalières, la famille se retrouve être sidérée. Cette famille, par sa présence, fait partie de l'environnement du soin et a donc une influence sur la prise en soins.

1. Réactions et émotions de la famille

Les émotions²⁵ des membres d'une famille, face à la prise en soins en urgence de leur proche, peuvent différer d'une famille à une autre, d'un contexte à un autre mais l'on retrouve quelques traits communs dans ces moments de souffrance. Différentes composantes, relevées en annexe²⁶, entraînent cette dite souffrance.

Dans la brutalité de la situation, les familles se retrouvent dans l'effroi, la peur, l'angoisse, la colère, l'inacceptable voire l'incompréhension. Il y a une rupture entre ce que la famille "vivait" avant la situation et ce qu'il se passe actuellement. Il y a une "séparation" entre le patient et sa famille qui survient de manière brutale lors des situations d'urgence. On parle de **sidération**, de **stupeur** émotive. La situation imprévisible entraîne, chez les proches, un **choc**: c'est le début de la première phase du deuil²⁷. Lors de cette période, la famille peut être dans le déni et/ou dans la colère dirigée envers les soignants. Des réactions émotionnelles tels que des cris, des larmes voire des malaises peuvent survenir.

²³ Disponible sur <http://www.larousse.fr/> [En ligne] (consulté le 12/03/2015)

²⁴ Cours sur la parentalité, Semestre 1

²⁵ "État affectif multidimensionnel qui s'accompagne de manifestations physiologiques, expressives, subjectives et cognitives" Cours sur les émotions et cognitions, Semestre 1 par **Jeremy Besnard**, Docteur en psychologie

²⁶ Cf. annexe "La souffrance globale"

²⁷ "Le deuil se définit comme la perte d'une personne, d'un objet, d'une valeur ou d'un changement d'état de santé auxquels la personne est fortement attachée." Cours sur le travail de deuil, Semestre 3

Les proches sont dans la difficulté de prendre conscience de la réalité. La famille peut également se réfugier dans l'espoir. La perception de la détresse est différente selon les expériences vécues par la famille (la détresse vitale qui fait suite à une pathologie évolutive contre celle qui est soudaine sans aucun signe prévisible). Devant la réanimation du patient, la famille peut se retrouver traumatisée car non préparée à cet événement. La réanimation peut, parfois, être vécue comme une "agression" sur le corps de leur proche. La famille va chercher à savoir ce qu'il se passe, va solliciter l'équipe soignante. Cependant, les proches ont une place lors des réanimations (hospitalières et préhospitalières), c'est elle qui connaît le mieux le patient. Elle a ce rôle d'informer, de donner des éléments anamnestiques et d'accompagner leur proche. On parlera d'un trinôme "patient-entourage-soignant", en interaction, avec chacun son rôle.

2. Répercussions chez l'infirmier(e)

L'infirmier(e) est un être humain avec ses propres réactions et valeurs face aux événements et avec sa propre histoire personnelle. Dans le cadre professionnel, il peut être confronté à des prises en soins difficiles par leur contexte et le stress qu'elles engendrent. Le stress, "*lié à un processus d'envahissement émotionnel, conséquence d'une pression externe ou interne*"²⁸, peut être palpable chez le soignant et chez la famille. Cette dernière fait partie de l'environnement du soin et peut ainsi répercuter chez le soignant des émotions, sentiments et réactions voire parfois le renvoyer à sa propre histoire (transfert).

Le sentiment d'impuissance: "*Selon Le Robert, l'impuissance, au sens premier, est un "manque de moyens." (...) Quant à l'adjectif impuissant(e), il est synonyme de désarmé, incapable, inefficace, inopérant (...) Mais l'impuissance s'entend aussi, comme un manque de force physique ou morale pour agir, un manque de pouvoir pour accomplir quelque chose*"²⁹

Les mécanismes de défense côté soignant: l'infirmier(e) peut être angoissé(e) devant la souffrance d'une famille, devant la relation à établir avec elle. Comme mécanisme de défense, il existe le mensonge (donner de faux espoirs: "*tout va bien se passer, votre proche va s'en sortir*"), la banalisation (le patient est considéré comme un objet de soins, un corps à soigner et rien d'autre n'est considéré) ou encore l'évitement (l'infirmier(e) va éviter de regarder les membres de la famille dans les yeux, va s'attarder sur des gestes pour

²⁸ FORMARIER M et JOVIC L, *Les concepts en sciences infirmières*, Arsi, Ed. Mallet Conseil, 2009

²⁹ VAN LOEY Corinne, *Le sentiment d'impuissance, Dénouer les blocages psychologiques et sexuels*, Ed. Dangles éditions, 2013

ne pas communiquer avec la famille). L'infirmier(e) utilise ainsi des stratégies de coping³⁰ et notamment le coping centré sur l'émotion, il/elle régule celle-ci qui est associée à la situation stressante.

c) **L'accompagnement**

L'infirmier(e) est amené à répondre aux besoins de la famille, laquelle est sidérée et dans la demande d'explications. Elle a besoin de réassurance, d'une relation de confiance, d'informations. La relation soignant-entourage se retrouve être un soin à part entière.

1. La relation d'aide: définition, concepts et applications

*"Il n'y a pas d'échelle de la souffrance, pas de comparaison possible entre la souffrance de l'un et celle de l'autre, pas d'échelle de souffrance en fonction d'une cause identifiée. Celui qui souffre va mal et a besoin d'aide."*³¹ En parallèle de "l'agir", en face d'une famille intégrée à l'environnement du soin, il convient chez l'infirmier(e) de la soutenir³². Dans le contexte que j'ai ciblé, la relation d'aide a tout intérêt à s'opérer afin de soutenir et d'accompagner l'entourage. Le climat dans lequel se réalise la réanimation préhospitalière est enclin à l'angoisse. Accompagner, c'est assurer une présence.

La relation d'aide: c'est un soin relationnel qui permet à la personne aidée de s'exprimer, *"en prenant contact avec ses émotions, de clarifier ce qu'elle ressent, et donc de comprendre (...) pourquoi elle réagit ainsi"*³³. Carl Rogers³⁴ déclare *"il me semble que la leçon la plus fondamentale que doit retenir celui qui désire établir une relation d'aide quelle qu'elle soit, est qu'il est en fin de compte toujours plus sûr de se montrer tel qu'on est. Si dans une relation donnée mon attitude est assez congruente, si aucun sentiment qui se rapporte à cette relation n'est caché soit à moi-même, soit à l'autre, alors je peux être presque sûr que la relation sera "aidante"."*³⁵

Pour ce faire, le soignant développe des qualités et met en place des concepts que sont:

³⁰ Le coping est essentiel à la résistance au stress. Coping signifie « faire face », c'est une stratégie d'ajustement à l'adversité. Dans FORMARIER M et JOVIC L, *Les concepts en sciences infirmières*, Arsi, Ed. Mallet Conseil, 2009

³¹ AUBRY Régis, DAYDE Marie-Claude, *Soins palliatifs, éthique et fin de vie*, Ed. Lamarre, 2010, page 124

³² Soutenir: empêcher quelqu'un, un groupe de faiblir, lui permettre de se maintenir, en lui procurant une aide, un réconfort, etc., Disponible sur www.larousse.fr [En ligne] (consulté le 9/03/2015)

³³ Cours sur la relation d'aide, Semestre 3

³⁴ Psychologue humaniste, il est centré sur une approche positive de l'individu, une attitude d'accueil et de considération de la personne et non du problème.

³⁵ RANSOM ROGERS Carl, *Le développement de la personne*, 1ère édition en 1968, Ed. InterEditions, 2005, page 37

L'empathie: c'est être capable de se centrer sur la réalité, percevoir, mais sans ressentir, ce que vit la personne.

La congruence, l'authenticité: "*se sentir à l'aise avec ses propres émotions, sentiments et pensées et son propre malaise. Et se sentir à l'aise avec les personnes et la situation clinique*".³⁶

La relation de confiance: elle se façonne par des attitudes positives envers la personne. Rogers cite "*l'attention, la chaleur, l'affection, l'intérêt et le respect*"³⁷. La relation de confiance entraîne un climat de sécurité, d'engagement entre la famille et les soignants. Ces derniers peuvent apaiser les peurs de l'entourage. Néanmoins, Rogers dit que la difficulté, pour nous protéger, est que nous avons "*tendance à établir une distance entre nous-mêmes et les autres - une réserve, une attitude "professionnelle", une relation impersonnelle*".³⁸.

L'infirmier(e) applique ces concepts de manière personnalisée et singulière afin de répondre aux besoins de l'entourage.

2. La communication, l'information et la présence des proches

Le soignant encouragera la famille à exprimer sa souffrance et ses interrogations en respectant les croyances et cultures de chacun. Sans communication, il n'y aurait pas d'accompagnement possible et donc pas de relation d'aide envisageable. La communication humaine et interpersonnelle se réalise, entre autres, par:

-le discours verbal (la communication verbale), celui qui engendre le dialogue, l'échange de données. La formulation et le choix des mots ne sont pas anodins dans le contexte que je présente.

-la communication non verbale qui "*s'exprime de différentes manières, par les gestes, les expressions du visage et la manière d'occuper l'espace*".³⁹ La position du soignant et de l'entourage doivent être symétriques (assis tous les deux par exemples), l'attitude du soignant doit être sereine, l'échange de regards est maintenu. Les silences sont une manière de communiquer et il suffit parfois seulement d'écouter pour laisser la communication s'instaurer.

³⁶ Cours sur la relation d'aide, Semestre 3

³⁷ RANSOM ROGERS Carl, *Le développement de la personne*, 1ère édition en 1968, Ed. InterEditions, 2005, page 38

³⁸ *Ibid.*

³⁹ CLOUTIER L., DELMAS P., Delmas et DALL'AVA-SANTUCCI J. (Sous la direction de.), *La pratique infirmière de l'examen clinique*, Ed. de boeck, 2010, page 17

L'écoute active: c'est écouter avec attention, c'est être disponible et réceptif pour comprendre et non pas juger ce que la personne exprime. Cette écoute active permet d'accéder à ce que la personne vit et ressent, de l'aider à libérer ses émotions. Elle se réalise, ici, dans un contexte de brutalité et de violence de situation où la famille aura des questions, un besoin de comprendre. Le soignant peut reformuler ce que l'entourage exprime. Cela montre qu'il est présent et qu'il cherche à "accéder" ce que témoigne la famille.

Le médecin présent prend en charge l'annonce du diagnostic et du décès quand ce dernier a lieu. *"En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations."*⁴⁰. Les gestes entrepris ainsi que les suites de l'intervention sont expliqués avec un vocabulaire adapté, les infirmier(e)s sont en mesure d'expliquer à nouveau la situation de manière à faciliter la prise de conscience et répondre aux demandes de la famille. De même, il est important d'annoncer la gravité. La présence de l'entourage auprès du patient en train d'être réanimé ou décédé peut s'avérer nécessaire. La famille peut avoir besoin de voir pour réaliser mais elle n'en sera pas forcée. Elle sera accompagnée avec délicatesse et explications. Une étude⁴¹ française réalisée par un programme hospitalier de recherche clinique et publiée dans le *New England Journal of Medicine* démontre que la présence des proches assistant à la réanimation cardio-pulmonaire est bénéfique pour réduire le syndrome de stress post-traumatique et n'altère pas les chances de survie du patient.

III. Les questions éthiques lors des réanimations

*" Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort."*⁴² Cela est inscrit dans la loi du 22

⁴⁰ Article L1110-4 du Code de la Santé Publique, Disponible sur www.legifrance.gouv.fr [En ligne] (consulté le 15/03/2015)

⁴¹ Article de MICHELET Pierre de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, *Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation*, disponible sur <http://www.sfar.org/article/1003/family-presence-during-cardiopulmonary-resuscitation> [En ligne] (consulté le 13/04/2015)

⁴² Code de la Santé Publique, Article L1110-5 de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, Disponible sur www.legifrance.gouv.fr [En ligne] (consulté le 17/03/2015)

avril 2005⁴³, cette loi qui est venue s'ajouter à la celle du 4 mars 2002 relative aux droits des malades. Les questionnements liés à la fin de vie et au maintien artificiel de la vie sont en perpétuelle évolution. Nous avons vu précédemment que l'entourage avait des besoins d'accompagnement et d'informations. La réanimation est un concept bien encadré par la législation et qui est régulièrement abordé d'un point de vue éthique, nous verrons pourquoi dans cette partie. Pour avancer dans mes recherches, il me semble nécessaire de définir et développer ce qu'est la réanimation, de présenter les outils qui peuvent aider à la décision de poursuivre ou d'arrêter celle-ci et enfin de mettre en avant les concepts se rapportant au respect de la dignité.

a) **Réanimation**

La médecine d'urgence est, comme son nom l'indique et comme déjà précisé dans la première partie, une spécialité qui demande des prises en soins rapides. Quand la vie est éminemment en péril suite à une cause organique ou traumatique, des gestes précoces s'imposent.

1. Réanimation préhospitalière

Si l'on prend l'exemple de l'arrêt cardiaque, réanimer (ou ranimer)⁴⁴ en milieu préhospitalier est une décision légitime et prise rapidement s'organisant par:

-un temps secouriste avec les manœuvres de la réanimation cardio-pulmonaire (RCP)⁴⁵ lorsque le patient est réanimable (pas de signes de mort avérée). Celles-ci, guidées par des référentiels sur les gestes, se font d'emblée, dès constatation de l'arrêt cardio-respiratoire (ACR). Dans l'immédiat, les manœuvres de RCP sont entreprises pour améliorer les chances de survie et "*comme traitement des arrêts circulatoires de prime abord réversibles*"⁴⁶. Le pronostic vital⁴⁷ est engagé. La décision de non-réanimation comme celle d'arrêter est médicale. Dans le cas où la réanimation ne serait pas entreprise, l'inaction pourrait être considérée comme une non assistance à personne en danger⁴⁸ (hors les cas de prises en charge d'urgences préhospitalières avec des situations de nombreuses

⁴³ Cf. Annexe "Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie"

⁴⁴ Réanimer: "*Faire revenir à lui quelqu'un qui a perdu conscience, ou rétablir chez lui, par la réanimation, les fonctions vitales suspendues ou perturbées*", Disponible sur www.larousse.fr [En ligne] (consulté le 30/03/2015)

⁴⁵ Cf. Annexe "RCP de base et avec DAE"

⁴⁶ **Société Française de la Médecine d'Urgence (SFMU)**, *Ethique et urgences*, 2003, page 6

⁴⁷ Probabilités pour qu'un patient décède.

⁴⁸ "*Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.*" Article 223-6 du code pénal, Disponible sur www.legifrance.gouv.fr [En ligne] (consulté le 3/04/2015)

victimes où les personnes en arrêt cardiorespiratoire ne sont pas prises en charge en priorité).

-un temps de RCP spécialisée (RCPS) médicale⁴⁹ ou paramédicale⁵⁰ qui permet également d'améliorer les chances de survie. Nous sommes en incapacité de connaître, dans l'instant, les souhaits du patient quant au désir d'être réanimé ou non, sauf s'il a rédigé ses directives anticipées de non-réanimation ou évoqué ses souhaits auprès de ses proches, lesquels pourraient nous être rapportées ensuite. Puisque le patient est inconscient, celui-ci n'est pas en état de donner son consentement. Dans le milieu préhospitalier on ne connaît pas facilement et dans un premier temps, hors les circonstances évidentes de la détresse vitale tel qu'un traumatisme grave par exemple, l'anamnèse. Les antécédents du patient vont être recherchés. En effet, la détresse vitale pourrait faire suite à une phase terminale d'une maladie. Nous pouvons le savoir qu'en discutant avec l'entourage, en connaissant davantage le dossier du patient. De plus nous n'avons pas la possibilité de réaliser tous les examens paracliniques tels qu'un scanner ou des bilans sanguins qui pourraient orienter rapidement le diagnostic. *"La connaissance des éléments anamnestiques, cliniques, paracliniques et pronostiques doit être obtenue"*⁵¹. La prise en charge est encadrée par des recommandations sur les bonnes pratiques (citons par exemple les recommandations de la SFAR⁵² ou encore de la SFMU), des protocoles ainsi que des textes de loi. Le temps de no flow⁵³ et de low flow⁵⁴ sont à prendre en compte dans le "calcul" du pronostic.

2. Réanimation d'attente et réanimation compassionnelle

*"En l'absence de reprise d'activité cardiaque spontanée (RACS), après 30 minutes de réanimation spécialisée, la réanimation peut être arrêtée, si aucun facteur de protection cérébrale n'est retrouvé."*⁵⁵ Si la décision ne peut être prise dans l'instant ou que la RCP reste vaine, que les facteurs pronostiques sont péjoratifs, que le bénéfice et l'efficacité

⁴⁹ Cf. Annexe " La RCP médicalisée chez l'adulte "

⁵⁰ Notamment grâce aux PISU relatifs à l'ACR

⁵¹ **Société Française de la Médecine d'Urgence (SFMU)**, *Ethique et urgences*, 2003, page 5

⁵² **Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR)** "Recommandations formalisées d'experts: Prise en charge de l'arrêt cardiaque", Disponible sur <http://www.sfar.org/article/91/prise-en-charge-de-l-rsquo-arret-cardiaque-rfe-2006> [En ligne] (consulté le 6/04/2015)

⁵³ "Le délai écoulé entre l'arrêt cardio-respiratoire et le début de la réanimation cardio-pulmonaire"

<http://www.infirmiers.com/pdf/pecideacr.pdf> (3/4/2015)

⁵⁴ "La durée de bas débit cardiaque pendant la RCP" Recommandations sur les indications de l'assistance circulatoire dans le traitement des arrêts cardiaques réfractaires, Disponible sur <http://www.urgences-serveur.fr/recommandations-sur-les,1490.html>[En ligne]

⁵⁵ **Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR)** "Recommandations formalisées d'experts: Prise en charge de l'arrêt cardiaque", Disponible sur <http://www.sfar.org/article/91/prise-en-charge-de-l-rsquo-arret-cardiaque-rfe-2006> consulté le 6/04/2015 page 14

thérapeutique de celle-ci restent recherchés parce qu'il y a des doutes sur des lourdes séquelles, liées au no-flow par exemple, elle peut être continuée en tant que:

-réanimation d'attente: " elle se conçoit lorsque les données médicales, les avis spécialisés et la recherche du souhait du patient et des proches sont à préciser, leur absence interdisant une décision dans l'immédiat."⁵⁶. La réanimation permet donc d'attendre les proches pour avancer vers la meilleure décision et réfléchir en fonction des souhaits du patient. Elle permet également de penser aux prélèvements d'organes sur un donneur décédé après arrêt cardiaque (DDAC) puis de l'évoquer auprès de la famille. Cette réanimation d'attente peut être poursuivie jusqu'en réanimation où une procédure collégiale pourra se tenir.

-réanimation compassionnelle: dans une attitude de non-abandon, les soins liés à la réanimation réassurent les proches et provoquent chez eux, plus ou moins, de l'espoir. Aussi, la réanimation compassionnelle "présuppose que la démarche éthique a été réalisée. Elle consiste à mettre en œuvre le traitement à titre humanitaire (par exemple la RCP) en raison de l'émotion suscitée par la situation dans le but de préparer la famille et l'entourage au travail de deuil, ou à le poursuivre jusqu'à l'arrivée des proches (enfants ...) pour qu'ils voient le patient encore en vie."⁵⁷

"Ces décisions sont complexes car elles sont influencées par l'expérience individuelle et les convictions culturelle, religieuse, sociale, économique des différents intervenants soignants mais aussi des familles ou du patient lui-même."⁵⁸ Toutes ces décisions s'appuient sur un processus décisionnel⁵⁹.

b) Respect de la dignité et de l'autonomie du patient

Devant un patient inapte à recevoir une information claire et à déclarer ses souhaits, devant un patient qui frôle les limites de sa vie et où son statut reste difficile à définir (patient en cours de réanimation? en fin de vie? décédé? en futur état végétatif? etc.) les professionnels vont chercher à agir et prendre les meilleures décisions dans une perspective d'égalité et de dignité en respectant l'intégrité, l'autonomie ainsi que la vulnérabilité de

⁵⁶ Société Française de la Médecine d'Urgence (SFMU), *Ethique et urgences*, 2003 page 6

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ Société Française de la Médecine d'Urgence (SFMU) *Arrêt cardiaque: quand s'abstenir et quand s'arrêter*, SFMU, Disponible sur: http://www.sfm.org/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/050_Goldstein.pdf page 2 [En ligne] (consulté le 9/04/2015)

⁵⁹ Processus prenant en considération les avis du patient, de la famille, du médecin, de l'équipe soignante, et si besoin de médecins tiers voire du comité éthique d'établissement et comité consultatif national d'éthique pour tendre vers la meilleure décision possible.

celui-ci. Il convient alors de définir ce que sont la dignité et l'autonomie et d'aborder les moyens existants pour les respecter.

1. Principes et règles de l'éthique dans l'urgence vitale

L'éthique, la science du "bon" et du "mauvais"⁶⁰ et étroitement liée à la morale⁶¹, "concerne les décisions à prendre, les incertitudes, les conflits de valeurs et les dilemmes qui peuvent survenir..., là où les médecins et les équipes soignantes sont appelés à prodiguer des soins au malade."⁶². C'est une réflexion sur les attitudes les plus convenables à adopter pour chaque situation autant singulière soit elle. Elle répond aux principes suivants:

La dignité: elle appelle au respect d'une personne humaine et de sa vie, et ce peu importe son âge, sa religion, ses valeurs, ses croyances, etc. C'est une valeur intrinsèque à l'être humain.

L'égalité, la justice, l'équité: chaque personne, peu importe son âge, a le droit de recevoir des soins, si son état le permet, pour améliorer ses chances de survie.

La bienfaisance: "obligation de ne pas faire de tort à la personne soignée et d'agir envers elle en cherchant systématiquement à maximiser les avantages et à minimiser les dommages possibles"⁶³

La vérité médicale, l'honnêteté: elle évite autant l'abandon du patient que de ses proches. Elle peut induire de la souffrance mais elle est nécessaire. Dire la vérité c'est aussi dire qu'on ne sait pas ce qu'il peut advenir.

2. Place de l'autonomie du patient et des directives anticipées dans l'urgence

L'éthique s'instruit également par le respect de l'autonomie du patient. "Respecter un individu autonome, c'est, au minimum, reconnaître le droit de cette personne à avoir des opinions, à faire des choix et à agir en fonction de ses valeurs et de ses croyances"⁶⁴. L'autonomie caractérise la faculté d'un patient à décider, à agir par lui-même sans être forcé ou dissuadé.

⁶⁰Cf. Annexe "Analyse d'un problème éthique"

⁶¹ "Science du bien et du mal, théorie des comportements humains, en tant qu'ils sont régis par des principes éthiques." Disponible sur www.larousse.fr [En ligne]

⁶² **Docteur Lucie Hacpille et l'équipe mobile de soins palliatifs**, *Soins palliatifs - Les soignants et le soutien aux familles*, Ed. Lamarre, 2007, page 181

⁶³ La bienfaisance: définitions, Travaux Dirigés, **Cadre de Santé Formateur**, Semestre 2

⁶⁴ **BEAUCHAMP Tom et CHILDRESS James**, *Principes de l'éthique biomédicale*, Ed. Les Belles Lettres, 2008

"Lorsque le patient a pu exprimer de son vivant sa volonté de ne pas être réanimé en cas d'AC, cette décision doit être respectée si elle a été formulée conformément à la réglementation française (directives anticipées, personne de confiance)."⁶⁵ Les directives anticipées⁶⁶ (DA) ont pour objectif de connaître les souhaits d'une personne concernant sa fin de vie, uniquement si elle se retrouve dans l'incapacité de s'exprimer, afin d'encadrer les conditions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives. Lorsque celles-ci existent, le médecin doit "en tenir compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement."⁶⁷ Peu de personnes les ont rédigées mais elles sont de plus en plus retrouvées pour des situations de patients avec une maladie incurable telles que la sclérose latérale amyotrophique ou un cancer en stade terminal. Les personnes en bon état de santé ne se projettent pas sur cet outil d'aide à la décision. Lors d'une urgence vitale, le temps de réflexion⁶⁸ du patient sur les bénéfices et les risques de la décision est impossible. Ces directives anticipées permettent ainsi de poursuivre vers une prise en charge hospitalière ou non et vont servir à alimenter la future procédure collégiale⁶⁹ si celle-ci doit se tenir.

3. Obstination déraisonnable et limitation ou arrêt des thérapeutiques actives (LATA)

L'obstination déraisonnable, appelée anciennement acharnement thérapeutique, "est définie dans la loi comme des actes qui apparaissent "inutiles", disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le "seul maintien artificiel de la vie"⁷⁰. Dans le cas d'une obstination déraisonnable, on peut retrouver soit le cas du médecin et des soignants qui poursuivent des thérapeutiques qu'on dit "actives" malgré un ou des échecs et où le décès est certain, soit le cas où la survie est possible mais la qualité de vie pourrait être jugée inacceptable pour le patient.

⁶⁵ Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) *Recommandations formalisées d'experts: Prise en charge de l'arrêt cardiaque*, Disponible sur: <http://www.sfar.org/article/91/prise-en-charge-de-l-rsquo-arret-cardiaque-rfe-2006> [En ligne](consulté le 6/04/2015)

⁶⁶ Cf. annexe "Rédaction des directives anticipées"

⁶⁷ **Docteur Lucie Hacpille et l'équipe mobile de soins palliatifs**, *Soins palliatifs - Les soignants et le soutien aux familles*, Ed. Lamarre, 2007, page 176

⁶⁸ L'abstention thérapeutique est un droit des patients mais qui doit être "accompagné d'une obligation pour le praticien d'informer sur les risques de la décision et de respecter un temps de réflexion." **Groupe de réflexion éthique de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)** *Recommandations de bonnes pratiques cliniques concernant l'application de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie*, Disponible sur: <http://www.sfar.org/article/122/recommandations-de-bonnes-pratiques-cliniques-concernant-l-rsquo-application-de-la-loi-n-deg-2005-370-du-22-avril-2005-relative-aux-droits-des-malades-et-a-la-fin-de-vie-sfar-2006> [En ligne] (consulté le 7/04/2015)

⁶⁹ La procédure collégiale est une obligation (article 37 du Code de déontologie médicale)

⁷⁰ **Docteur Lucie Hacpille et l'équipe mobile de soins palliatifs**, *Soins palliatifs - Les soignants et le soutien aux familles*, Ed. Lamarre, 2007, page 174

La LATA peut se produire seulement après être en connaissance des éléments anamnestiques et cliniques de la situation. Elle nécessite d'avoir cherché à recueillir l'avis et la volonté de la personne grâce aux directives anticipées, à la discussion avec ses proches, à la présence de la personne de confiance. Elle demande une réflexion sur le bénéfique, la pertinence et les risques des thérapeutiques entreprises. Elle consiste à arrêter les traitements curatifs ou de suppléance d'organes. Dans le cas où il est impossible de recueillir l'avis du patient, une procédure collégiale devra être tenue: *"si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, la loi introduit l'obligation d'une procédure collégiale (art. 9 ; décret d'application du 6 février 2006) :« La décision est prise par le médecin en charge du patient ; après concertation avec l'équipe de soins si elle existe et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant ; L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile ».* Mais cette procédure ne dispense pas de rechercher la volonté du patient (directives anticipées, avis de la personne de confiance, avis des proches)."⁷¹

⁷¹ **Ministère de la Santé**, <http://www.sante.gouv.fr/limitation-ou-arret-de-traitements-pour-un-patient-en-pratique-que-dit-la-loi-du-22-avril-2005.html> [En ligne] (consulté le 12/04/2015)

Partie 2: Enquête exploratoire

I. Méthode

a) Choix et intérêts de la méthode

Afin de réaliser mon travail de recherche, j'ai choisi de m'appuyer sur des lectures d'ouvrages, de périodiques ainsi que de recommandations que j'ai pu trouver sur des sites internet. J'ai également assisté, au mois d'avril 2015, à une conférence-débat portant sur les droits des malades et la fin de vie. Différents intervenants⁷² apportaient leur éclairage et cela m'a permis de confirmer et consolider mes recherches. J'ai pu poser une question sur ma thématique, les intervenants y ont répondu⁷³ sur le site internet de la CASSPA⁷⁴. Afin de construire ma réflexion, j'ai opté pour des entretiens infirmiers. En effet, la rencontre avec ces infirmiers m'a paru plus pertinente car les réponses étaient spontanées. De plus, j'ai pu guider mes entretiens plus facilement qu'en utilisant la méthode d'un questionnaire. Ces entretiens ont eu pour but d'une part de confronter mes recherches et potentiels résultats trouvés dans mes lectures, d'autre part d'avoir l'avis et l'expérience de professionnels du terrain.

Il m'a semblé nécessaire d'avoir au moins quatre entretiens de manière à avoir plusieurs avis et réponses afin de pouvoir les comparer, les confronter aux concepts que j'ai retenus et les analyser. J'ai décidé de rencontrer deux infirmier(e)s intervenant au sein du service d'aide médicale urgente et deux infirmier(e)s sapeurs-pompiers. Je n'ai pas retenu de critères socioprofessionnels car il me semblait primordial de m'entretenir avec des professionnels de tout âge, sexe et expérience confondus. En effet, cela permet d'analyser l'impact de l'expérience, de l'âge et du sexe sur l'accompagnement des proches et les difficultés ressenties.

b) Avant, pendant et après l'entretien

Pour mener mes entretiens, j'ai élaboré une grille d'entretiens semi-directifs qui est exactement la même pour les quatre infirmier(e)s rencontré(e)s. Pour ce faire, j'ai ciblé un public que je souhaitais questionner puis j'ai composé mes objectifs. Une fois mes objectifs posés, j'ai pu me concentrer sur les questions que je souhaitais aborder. De manière à me

⁷² Une gériatre qui est aussi membre d'une équipe mobile de soins palliatifs, une avocate, une philosophe et psychanalyste ainsi qu'un représentant des usagers.

⁷³ Cf. Annexe "Réponses de différents professionnels"

⁷⁴ Coordination de l'Accompagnement en Soins Palliatifs Angevine

contrôler, j'ai apporté des semblants de réponses, c'est à dire des réponses que je pouvais attendre. En faisant cela, j'ai pu corriger et structurer ma grille d'entretien⁷⁵.

J'ai pu facilement rencontrer les infirmier(e)s sapeurs-pompier de par mes connaissances personnelles. J'ai contacté les infirmier(e)s du Samu grâce à des personnes m'ayant confié leur coordonnées. J'ai présenté aux infirmier(e)s mon sujet comme étant "*L'accompagnement de l'entourage lors d'une réanimation préhospitalière*". Je n'ai volontairement pas donné ma question de départ ni parlé des questionnements éthiques. J'ai demandé à chaque professionnel si je pouvais utiliser un dictaphone de manière à retranscrire plus facilement notre rencontre après l'entretien. Le premier entretien⁷⁶ s'est déroulé le 21 mars 2015 aux alentours de 11 heures au domicile d'une **infirmière sapeur-pompier**. On nommera "Infirmière A" cette première professionnelle rencontrée. Le second⁷⁷ a eu lieu le 13 avril 2015 vers 9 heures au domicile d'un **infirmier du Samu**, lequel sera nommé "Infirmier B". J'ai également rencontré⁷⁸, le 22 avril 2015 vers 20 heures, un infirmier **travaillant au Samu qui est également infirmier sapeur-pompier**. Je le nommerai "Infirmier C". Le dernier entretien⁷⁹ s'est déroulé le 23 avril 2015 avec un infirmier, appelé "Infirmier D", prenant des **gardes opérationnelles en préhospitalier**. J'ai ensuite remis les idées principales des professionnels dans un tableau⁸⁰ pour me permettre d'analyser plus aisément. Ce travail de synthétisation m'a permis de comparer les avis des infirmier(e)s sur les axes principaux de ma recherche. Néanmoins, je n'ai pas fait l'impasse de l'intégralité des entretiens, lesquels sont riches de développement (avec les silences et les doutes).

c) Limites

J'aurai souhaité m'entretenir avec des infirmiers coordinateurs du prélèvement d'organes ainsi qu'avec des membres du comité d'éthique d'un hôpital pour éclaircir et étayer mes recherches. Faute de temps et de disponibilité, ces entrevues n'ont pas vu le jour. Concernant ma partie exploratoire, l'une des principales limites a été la difficulté de contacter la cadre de service pour obtenir l'autorisation de rencontrer des infirmier(e)s du Samu. Ensuite, il n'a pas été simple de trouver des créneaux horaires respectant les

⁷⁵ Cf. Annexe "*Grille d'entretiens infirmiers semi-directifs*"

⁷⁶ Cf. Annexe "*Retranscription entretien n°1*"

⁷⁷ Cf. Annexe "*Retranscription entretien n°2*"

⁷⁸ Cf. Annexe "*Retranscription entretien n°3*"

⁷⁹ Cf. Annexe "*Retranscription entretien n°4*"

⁸⁰ Cf. Annexe "*Tableau synthétique d'analyse des entretiens*"

disponibilités de chacun pour la réalisation des entretiens. Il aurait été également préférable de rencontrer deux femmes et deux hommes pour avoir une symétrie des genres ainsi que des infirmier(e)s exerçant nouvellement dans le milieu préhospitalier de manière à analyser l'impact de l'expérience sur le vécu des situations de réanimation préhospitalières. Certaines questions n'ont pas été entendues de la même manière par les différents professionnels, notamment celle concernant les réactions lors d'un refus de réanimation. Certains ont perçu le refus comme étant la volonté de non-réanimation du proche, laquelle est exprimée par la famille, d'autres l'ont entendu comme étant le refus par l'équipe de réanimer. La question concernant les directives anticipées a été associée à l'expression des volontés du patient qui seraient données oralement par la famille. Hormis le dernier professionnel rencontré qui a abordé les directives écrites, les autres n'ont pas approché cette forme de directives anticipées. Afin de pouvoir questionner la place de la rédaction écrite des directives anticipées dans l'urgence et mieux aborder la notion de refus, il aurait fallu poser les questions différemment.

II. Analyse des entretiens

a) Expérience des professionnels

- *Quel âge avez-vous ?*
- *Depuis quand êtes vous diplômés?*
- *Depuis quand exercez vous dans cette spécialité ?*
- *Quelles sont vos horaires de travail ?*

Les expériences sont multiples et variées. Les infirmier(e)s sapeurs-pompiers volontaires exercent l'activité préhospitalière par des astreintes tandis que les infirmier(e)s du Samu réalisent des gardes. L'infirmier D réalise des gardes de paramédicalisation et évoque ses expériences de stage en SMUR. Les professionnels sont diplômés depuis une dizaine d'années et ont donc croisé des situations appartenant à ma thématique. Comme le soulèvent certains professionnels, l'expérience permet d'acquérir des facilités et des habitudes, notamment pour les gestes techniques. En rencontrant différentes situations durant leur parcours professionnel, les infirmiers peuvent réajuster leurs attitudes et leur manière d'aborder les proches. Celles-ci peuvent donc se façonner avec l'expérience et la sensibilité qu'ils accordent au relationnel avec l'entourage.

b) Place, difficultés et élaboration de la relation soignant-entourage dans les réanimations préhospitalières

*1-Quelle est la place de l'entourage dans les prises en charge en urgence ?
2-Quelles sont les difficultés pour être disponible pour l'entourage ?
3a-D'après vous, quels sont les moyens pour prendre en charge l'entourage ?
3b-L'entourage a-t-il un rôle de partenaire dans la prise en charge ?
3c-Pourquoi ?
4-Avez-vous déjà réalisé des réanimations préhospitalières où l'entourage était présent ?*

La première thématique abordée, celle de la place de l'entourage dans les réanimations préhospitalières, a suscité des réponses homogènes. A la première question, les infirmier(e)s A, B et C ont répondu en reposant la question "*Quelle est sa place ?*" ce qui pouvait traduire une réponse large, non standardisée faisant appel plus ou moins à leur ressenti. C'est une question qui n'appelle peut-être pas de réponse stricte, une question qu'ils ne se sont pas formellement posée. L'infirmière A parle d'un entourage à la fois "*ressource*" et "*compliquant la situation*", l'infirmier B évoque le fait que l'entourage peut de plus en plus assister aux soins délivrés. L'infirmier C décrit la place comme "*prépondérante*", "*aidante*", "*importante*" alors que l'infirmier D annonce que "*c'est extrêmement compliqué la prise en charge de la famille dans l'urgence préhospitalière parce qu'elle attend beaucoup de nous à un moment où on peut peu leur donner d'informations.*" Les discours des infirmiers font ressortir les notions vues précédemment, celle de la crise qui survient et celle de la présence de l'entourage lors des réanimations qui entraînent des répercussions chez l'équipe. En effet, lorsque les professionnels parlent de famille "*compliquant la situation*", on peut l'entendre comme un stress surajouté, une pression supplémentaire et demandant, de la part de l'équipe, l'apport de réponses. Cependant, ils sont tous d'accord pour dire que la place est importante. Pourquoi serait-elle importante si elle complique la situation ? Parce que la famille apporte à l'équipe des "*éléments nécessaires*" qui permettent une meilleure prise en charge. Dans la première partie, on précisait qu'il y avait un trinôme "patient-entourage-soignant". Ce concept est parfaitement illustré par les propos des professionnels. L'entourage offre à l'équipe les éléments (antécédents, mode de vie, etc.) que ne peut pas délivrer le patient. Si on pousse l'analyse, on constate que dans ce premier temps de l'urgence c'est la famille qui accompagne l'équipe, c'est elle qui apporte des éléments tandis que l'équipe se consacre au patient. Les rôles sont inversés dans un premier temps.

A la seconde question, tous s'accordent à dire que la prise en charge n'est pas optimale par manque de temps. La priorité reste le patient, *"la première difficulté c'est l'urgence de la situation"*. L'infirmière A déclare que *"l'entourage est quelque chose de plus à gérer"*, l'infirmier B explique que l'on peut proposer à la famille d'assister à une réanimation en leur expliquant les gestes qui peuvent être impressionnants. L'infirmier C met en avant la difficulté du préhospitalier comme étant *"essentiellement le côté technique"* face à une situation qui est, de prime abord, urgente. Il ressort, de tous les entretiens, la notion de *"temps incompressible à passer auprès du patient"* citée par l'infirmier D. Ce dernier déclare également que la difficulté c'est la *"définition même de l'urgence"* et *"le frein c'est la technicité"*. On en revient au temps de l'urgence, lequel a été décrit dans la première partie. *"L'urgence vitale exige des gestes et soins urgents"*⁸¹ et donc l'indisponibilité des soignants est plus qu'évidente. Bien que la famille soit considérée dès l'arrivée de l'infirmier(e) sapeur-pompier ou de l'équipe du Samu, la priorité reste de traiter l'urgence. *"Le temps ne s'écoule pas de la même façon selon que l'on est soignant ou soigné"*⁸² et cela est incontestable.

En abordant les moyens qui permettraient de prendre en charge l'entourage, les infirmiers évoquent la notion de travail d'équipe, d'explications et d'informations à donner à la famille. L'infirmier B insiste sur le fait qu'il n'y ait pas de *"consensus"* sur la démarche à suivre. Il dit ne pas laisser les portes fermées lors des réanimations *"parce que c'est vrai que derrière une porte, en fait, t'es dans l'imaginaire"*. Cette idée est aussi retrouvée chez les infirmiers C et D. La présence des proches n'est ainsi pas épargnée, les soignants considèrent que l'entourage peut assister aux gestes s'il le désire mais sans être trop envahissants ou *"sans perdre ses moyens"* pour ne pas *"freiner le travail par sa façon d'être"*. L'infirmier C ajoute que si les proches restent cela permet qu'ils *"mettent un pied dans leur processus de deuil"*. Pour revenir à la présence des proches qui assistent, de visu, à la réanimation, les infirmiers B, C et D mettent, plus ou moins, en exergue l'étude française *Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation*. Ils expliquent laisser la famille assister à la réanimation si elle le souhaite. Voir et assister permettrait de commencer un travail de deuil, qui ne concerne pas uniquement la mort en tant que telle mais également le deuil d'une « bonne santé ». Les concepts éthiques de vérité médicale et d'honnêteté sont ainsi soulevés, la famille est considérée et l'après-décès, si la mort

⁸¹ Cadre théorique, I-L'urgence préhospitalière en France, c) de l'urgence à l'urgence vitale page 17

⁸² VALETTE Pierre, *Ethique de l'urgence, Urgence de l'éthique*, PUF, 2013, page 38

survient, n'est pas oublié par les soignants. En abordant la question des moyens permettant de prendre en charge l'entourage, entendons par cette question l'accompagnement en tant que tel, les infirmier(e)s sont particulièrement sensibles au ressenti de la famille, à la sidération de cette dernière. Dans le cadre conceptuel, nous traitons les notions de deuil, de perte voire de traumatisme auxquelles se réfèrent les infirmier(e)s. Tout au long des entretiens, les professionnels mettent en évidence le fait que la famille puisse être un frein, une charge et peut ainsi renforcer la pression exercée sur l'équipe. L'impact se trouve être bilatéral. En effet, la famille a des influences sur l'infirmier(e) et/ou l'équipe et le comportement de l'équipe en a sur la famille. Ils reconnaissent que la communication est indispensable, la relation entourage-soignant est mentionnée mais on remarque que le rôle d'accompagnant est, de prime abord, donné au médecin.

A la question évoquant un entourage "partenaire" dans la prise en charge, le mot a été interprété différemment par les infirmiers interrogés. L'infirmière A, l'infirmier B et l'infirmier C l'ont entendu directement comme une personne ressource et ont affirmé que celle-ci était une aide pour l'équipe. L'infirmier B reconnaît que le mot "*partenaire*" n'est pas adapté mais qu'on devrait plutôt parler de "*ressource*". L'infirmier D émet l'idée que ce serait plutôt l'équipe qui serait partenaire du travail des proches dans leur souffrance. Ils s'entendent tous sur l'idée que l'entourage partage, à l'équipe, les circonstances de la détresse vitale, les antécédents de leur proche, des "*éléments nécessaires*". "*On a besoin de l'entourage*" déclarent-ils. Cette question pourrait être une synthèse des questions précédentes sur la place de l'entourage dans les situations d'urgence. On retrouve le fait que la famille est, inéluctablement, une ressource qui ne peut pas être exclue. Un partenaire c'est une personne avec laquelle on s'allie dans un objectif commun. Dans ces situations, le but est d'améliorer les chances de survie du patient mais également d'accompagner le patient et ses proches vers la fin de vie lorsque celle-ci est amenée à survenir. Les professionnels déclarent donc que l'entourage est partenaire parce que ressource. C'est donc un allié, on va continuer à développer l'idée dans les items suivants. Lorsque l'entourage est en souffrance, l'équipe doit-elle être partenaire dans la souffrance ? Comment l'infirmier(e) la reçoit-elle ? Cette question serait intéressante à analyser.

c) Réactions des soignants lors d'un arrêt ou d'un refus de réanimation

5-Quelle(s) est (sont) votre (vos) réaction(s) envers ces proches lors:
a) d'un échec de réanimation?
b) d'un refus de réanimation ?

Les réponses à la question traitant de l'échec mettent en avant la difficulté de l'annonce, qui repose sur le médecin selon l'infirmière A et l'infirmier B. D'après ce dernier, elle serait facilitée quand *"les gens sont là parce qu'ils se sont rendus compte qu'on a passé du temps"*. La notion de *"rester professionnel"*, *"d'empathie"* et de *"faire verbaliser les gens"* ressort dans le discours de l'infirmier B, celle de *"l'écoute"* pour l'infirmière A. Les infirmiers C et D expriment le fait que l'on ne peut pas considérer la mort comme un échec. L'infirmier D réplique que la position du soignant est plus facile parce qu'il a essayé *"de faire mieux, d'apporter quelque chose"*. L'infirmier C se rattache à l'idée qu'il faille *"expliquer à la famille pour que les gens puissent mettre des mots sur le décès"* malgré le fait *"qu'elle ait du mal à entendre dans ces moments-là parce que c'est traumatisant, brutal (...) qu'ils sont des fois tellement choqués qu'ils n'ont pas compris"*. Il soulève aussi le fait qu'il leur est proposé, avec le médecin, de rappeler au Samu *"s'ils ont besoin de réponses"*. Le dernier professionnel rencontré a témoigné que des situations étaient *"gardées en tête"* mais que dans l'urgence vitale il y avait beaucoup de situations *"dramatiques"*, qu'il ne pouvait pas être *"impacté à chaque fois et absorber la peine des gens"* et que *le meilleur moyen de se protéger c'est de limiter l'affect"*. Il met également en avant les termes *"d'empathie"*, *"d'explications"* et explique les règles de communications telles que *"se mettre à la hauteur de la famille"*, *"ne pas utiliser de mots compliqués"* et par exemple *"utiliser le mot mort (...) parce que ça ne sert à rien de tourner autour du pot"*. Au regard des réponses relativement homogènes des professionnels, on peut faire le lien entre les attitudes décrites par les soignants et la relation d'aide définie auparavant. Dans un moment de fin de vie brutal, les soignants allèguent l'empathie, l'explication et l'écoute. Deux infirmiers signalent que la mort n'est pas considérée comme un échec. Un infirmier déclare *"rester professionnel"*. On pourrait traduire cette réponse comme une manière défensive de ne pas se laisser impacter par les événements. Comme on l'a évoqué précédemment, l'infirmier(e) est un être humain doté d'émotions et d'une histoire personnelle et ainsi *"il y a une difficulté à se situer devant la souffrance de l'autre, à chercher à la comprendre sans s'identifier ou se confondre avec l'autre. Il est important de sortir de nos repères, d'accepter ceux de l'autre"*⁸³. La communication, verbale et non-verbale, est une nouvelle fois une "force" pour les soignants. Le fait d'avoir assisté à la réanimation, de voir le corps de leur proche décédé permet, pour la famille, d'inscrire la mort dans la réalité. Il convient, dans cette phase de choc où *"c'est le médecin qui prend en*

⁸³ AUBRY Régis, DAYDE Marie-Claude, *Soins palliatifs, éthique et fin de vie*, Ed. Lamarre, 2010, page 125

charge l'annonce", d'expliquer et de mettre des mots sur le décès, des mots que la famille puisse entendre.

Quant à la question traitant du refus, l'infirmier B exprime le fait que c'est une décision médicale et que c'est rare qu'elle ait lieu lorsqu'elle ne concerne pas des cas de mort avérée. Il dit que cela serait probablement *"très mal perçu par la famille si le Samu arrive et ne fait rien"*, que la durée de no-flow est certes à prendre en compte mais que *"même si je sais que ça ne sert à rien, pour la famille ça sert à quelque chose"*. L'infirmier C énonce que l'on retrouve essentiellement, mais rarement, les refus dans des cas *"d'hospitalisations à domicile"*, de *"soins palliatifs"* parce que *"les gens (...) ne s'attendent pas que ce soit ce soir-là, ce jour-là"*. L'infirmier D a entendu le mot "refus" comme étant le refus de la part de la famille dans des contextes de *"pathologie terminale"*. Il dit que la famille a déjà commencé son travail de deuil, qu'elle s'est préparée à ce décès. *"Si la famille décide d'une non-réanimation, la décision se prend avec le médecin dans tous les cas"* ajoute-t-il. Dans ces cas de figure, où la famille refuse qu'on réanime cela peut montrer un travail de deuil déjà entamé, par exemple lors d'une souffrance familiale dans un contexte d'évolution pathologie incurable.

d) Outils de décision

- 6-** *Pensez-vous que l'infirmier(e) participe au choix d'arrêter une réanimation ?*
a) *Si oui, comment ?*
b) *Si non, pourquoi ?*
c) *Si non, est-ce frustrant ?*
- 7-** *Pensez-vous que la famille participe au choix d'arrêter une réanimation ?*
a) *Si oui, comment ?*
b) *Si non, pourquoi ?*
- 9-** *Comment accompagnez-vous l'entourage d'un patient en fin de vie pour connaître ses directives anticipées ?*

A la question n°6, tous les professionnels affirment que l'infirmier peut participer au choix d'arrêter une réanimation car il se trouve dans une équipe et peut échanger. Ils déclarent cependant et unanimement que la décision reste médicale. L'infirmière A explique qu'il soit nécessaire de *"connaître certains éléments"* pour prendre cette décision, l'infirmier B précise *"qu'il faut rester à sa place car sinon c'est dangereux"*; l'infirmier C qu'elle se réalise *"après le temps nécessaire pour la réanimation"* et enfin l'infirmier D déclare qu'il ne voit pas *"pourquoi un infirmier voudrait continuer une réanimation ou alors c'est qu'il est dépassé, qu'il est dans l'affect et il veut pas entendre la réalité"*. On

remarque, à travers les dires des professionnels, l'importance du rôle de l'infirmier(e) dans la prise de décision. Ils insistent sur la notion de responsabilité médicale mais également de collégialité. La collégialité, avec ses formes précises et ses objectifs définis appliqués en milieu hospitalier, se retrouve, à minima dans le contexte préhospitalier.

A la question n°7, les infirmiers interrogés expriment d'un avis commun *"qu'on ne peut pas demander à la famille une décision de vie ou de mort"*. L'infirmière A indique que *"la famille doit être dégagée de cette décision"*. L'infirmier B met en avant le fait que l'on peut obtenir par la famille des informations sur ce qu'aurait évoqué leur proche de son vivant. L'infirmier D dit que c'est la famille qui est *"le reflet de la vie du patient"*, l'infirmier C explique que la question n'est pas posée abruptement, *"on peut tourner d'une autre manière les choses (...) je pense que ce serait très difficile pour eux de porter ça par la suite"* confie-t-il. La famille confrontée à la douleur de l'inconnu et, dans un premier temps à l'inexplicable, est conduite à l'espoir ou tournée vers une fin de vie imminente de leur proche. Comme le précisent les textes de lois, les recommandations, les lectures ou encore les récits des professionnels, la famille est la mieux placée pour connaître ce qu'aurait souhaité le patient et ce qu'il aurait évoqué de son vivant. Les soignants ont tout intérêt à se tourner vers cet entourage. Ce dernier ne peut cependant pas à lui seul prendre cette décision qui pourrait par la suite les conduire vers un deuil pathologique mêlant culpabilité, regrets et majoration de la souffrance.

En retour à la dernière question de cet item, les infirmier(e)s ont abordé l'idée différemment. L'infirmière A reconnaît que les directives anticipées *"est quelque chose qui n'est pas très connu"* et qu'elle *"chercherait à savoir quelles étaient les personnes ressources, la personne de confiance"* du patient qui pourrait aider à connaître les directives anticipées. L'infirmier B indique qu'il existe un registre à la régulation du Samu pour savoir quelles personnes ne sont pas à réanimer. Il met en avant le fait *"qu'un seul médecin est sur place donc cela complique"* l'application de ces directives anticipées. Comme l'évoque l'infirmière A: *"il y a deux temps, celui de l'urgence et celui de la recherche d'informations"* L'infirmier C exprime le fait que l'équipe suit les directives anticipées, lesquelles sont demandées à la famille. Il émet l'idée que *"la famille, des fois, peut changer du discours du patient (...) parfois rajouter de l'affect, rajouter ses envies qui vont parasiter ce qu'aura vraiment voulu le patient"*. Il décrit la famille comme un *"filtre"*. Enfin, l'infirmier D prétend que les directives anticipées ne sont pas abordées comme telles *"parce que ça va directement inquiéter la famille"* mais qu'il va plutôt chercher à savoir auprès des proches ce qu'aurait exprimé le patient de son vivant, s'il en a déjà parlé, *"s'il*

aurait souhaité qu'on s'acharne (...) parce que finalement ce n'est plus lui qui va décider, la décision revient à la famille." Il dit n'avoir jamais rencontré de directives anticipées "tracées, documentées". En abordant cette question, dix ans après la naissance de la loi sur la fin de vie incluant notamment les directives anticipées, on aurait pu supposer que celles-ci se retrouveraient de plus en plus dans les situations préhospitalières, on aurait pu croire qu'elles étaient relativement abordées et connues par les professionnels. Au regard des réponses obtenues, on obtient les souhaits du patient par la famille. En obtenant ces informations, il est tout de même précisé qu'il est important de se méfier de leur authenticité à cause de l'émotion des membres de la famille pouvant venir parasiter les volontés du patient lui-même.

e) **Obstination déraisonnable ?**

8- Pensez-vous qu'il existe des difficultés qui peuvent conduire à l'acharnement thérapeutique dans les situations d'urgence ?

a) Si oui, pourquoi ?

Par rapport à cette thématique abordée, les réponses sont disparates. En effet, la première professionnelle interrogée émet l'idée que *"la présence d'une famille très revendicatrice, très en souffrance et dans l'inacceptable peut mettre la pression pour ne pas arrêter"* L'infirmier B émet l'avis qu'il n'y en a pas en préhospitalier, que *"l'acharnement thérapeutique pourrait être assimilé à certaines situations, par exemple sur des personnes qui ne sont pas réanimables mais on a pas forcément l'information"*. D'après lui c'est *"compliqué"* de *"prendre des décisions d'arrêt des soins"*. Dans la réponse de l'infirmier C, on retrouve des similitudes. En effet, il dit *"que c'est vrai en préhospitalier on a une place difficile (...) il y a une problématique on est appelés pour ça"*. L'infirmier B et C, exerçant d'ailleurs tous les deux au Samu, répondent que si l'acharnement thérapeutique a lieu, c'est dans l'enceinte de l'hôpital et non pas en préhospitalier. Le dernier professionnel a répondu qu'il y avait une méconnaissance du patient d'une part et que la famille pouvait être *"dans le déni"* d'autre part. Il rejoint ainsi l'infirmière A en disant que *"la famille peut être un frein, de par l'affect justement et la proximité où ils vont cacher, minimiser une situation ou refuser d'entendre ce qu'on pourrait médicalement nous tous comprendre"*. L'obstination déraisonnable n'est pas forcément perçue par les professionnels. Certains l'évoquent comme la traduction d'un trop grand espoir de la famille. Dans un temps d'urgence vitale, aucun geste ne peut paraître *« inutile, disproportionné »* bien qu'ils aient pour objectif *« le seul maintien artificiel de la vie »*. On

comprend qu'il existe deux notions qui s'affrontent : la mort et la technique. La technique est maîtrisée par les soignants et les médecins tandis que la mort est reculée et souvent incomprise (méconnaissance du patient, de ses antécédents, de son mode de vie, de ses volontés, etc.) dans le préhospitalier. On constate que les notions de justice et d'équité se confrontent à celle de l'autonomie du patient puisque l'on n'a pas les clés pour savoir si l'on est dans de l'acharnement ou dans du secours. Ainsi, chacun peut et doit recevoir des soins. Comme l'évoque un infirmier, si l'on considère que l'on ne doit pas sauver la vie de quelqu'un sous peine de faire de l'acharnement alors les réanimations ne sont pas justifiées et l'urgence préhospitalière ne se résumerait qu'en décès des patients. La dignité n'est pour autant pas oubliée, le patient est la priorité. Mais il ne communique pas de lui-même et ne peut pas recevoir d'informations éclairées. C'est à la famille que revient ces informations, c'est elle qui réagit. En situation d'urgence, la loi Leonetti précise deux points phares : pas d'obstination déraisonnable et l'obligation d'une procédure collégiale avant de décider l'arrêt des soins. « *Mais dans le cadre très spécifique de la médecine d'urgence et de réanimation, la loi peut ou doit-elle s'appliquer dans toute sa rigueur ?* »⁸⁴. La réflexion éthique demande du temps, demande de la concertation pour guider l'équipe vers une décision optimale et donc un accompagnement plus adapté. Cela entre en tension avec le temps particulier de l'urgence où les décisions sont à prendre dans l'instant. C'est probablement pourquoi les professionnels expriment le fait que la question de l'acharnement, s'il a lieu, se posera à l'hôpital. L'institution réunit un plus grand nombre d'intervenants qui participeront à une réunion collégiale pour abaisser la difficulté de décider.

f) La formation des professionnels

10- Etes-vous formés à l'accompagnement des proches dans le milieu préhospitalier ?

- a) Si oui, sous quelle(s) forme(s) ?
- b) Si non, est-ce un manque ?

Aucun professionnel n'est formé à l'accompagnement des proches dans le milieu préhospitalier. L'infirmière A explique qu'elle est formée à l'accompagnement en fin de vie dans la formation générale d'infirmière. L'infirmier D explique qu'il est formé à l'accompagnement lors des dispositifs d'annonce de "*diagnostics difficiles ou de la mort*"

⁸⁴ **Oxymag**, *L'éthique dans les soins*. revue de référence infirmière en anesthésie et réanimation, nov./déc. 2014, N°139, page 15

dans le cadre de son exercice professionnel en intrahospitalier sous forme de simulations avec des acteurs puis de débriefings avec une équipe de psychologues. Tous expriment que c'est un manque. L'infirmière A dit que c'est une formation qui devrait être "*proposée*", l'infirmier B renvoie l'idée que c'est un "*manque de consensus d'équipe*" et que ce serait "*intéressant d'avoir une réflexion de service*", l'infirmier C l'évoque comme quelque chose "*qui serait intéressant pour avoir une meilleure approche*" car les formations actuelles sur la mort sont "*projetées sur des processus plus longs d'accompagnement (...) elles sont rarement adaptées au préhospitalier*". Le manque de formation peut faire ressortir des difficultés d'accompagnement. Par exemple, on constate que les directives anticipées écrites qui faciliteraient l'accompagnement du patient et de la famille sont peu abordées, ce n'est pas un réflexe. Ils expriment tous le temps de l'urgence venant entraver le relationnel. On ne peut pas nier le fait que l'entourage est considéré et que les principales « règles » de communication et d'attitudes soignantes sont fidèles à ce que nous avons pu traiter dans la première partie. Cependant, le manque de temps et de « *consensus d'équipe* » donnent l'impression que la relation avec les proches n'est pas ressentie comme optimale par les infirmiers. L'infirmier D précise qu'il faut « *être préparé à dire des choses désagréables* ». Accueillir la souffrance et la détresse de l'entourage fait partie du rôle de l'infirmier dans le milieu préhospitalier, il faut ainsi lui donner les armes pour le faire.

III. Problématisation

a) Synthèse de l'analyse

Au vu des éléments obtenus par les lectures et les entretiens, plusieurs idées principales ressortent. La famille est une richesse incontestable et participe à la prise en soins dans le milieu préhospitalier. Elle livre à l'équipe, ou à l'infirmier quand il intervient seul, des informations nécessaires pour comprendre et évaluer la situation. C'est à travers elle que l'équipe apprend à connaître le patient. Les professionnels expérimentés sont conscients de la souffrance de l'entourage dans une situation brutale et angoissante. Les gestes techniques apparaissent prioritaires et indispensables face à l'urgence de la situation. On peut affirmer qu'il y ait deux prises en charges simultanées : celle du patient et celle d'une famille désemparée. Les avis des professionnels sont généralement homogènes sur l'idée que l'infirmier(e) participe à la décision d'arrêter une réanimation tandis qu'il est primordial de protéger la famille de ce choix. Les soignants recherchent d'une manière implicite la meilleure décision à prendre, ils s'appuient sur les dires de la famille en

gardant toujours à l'esprit les émotions et l'affect qu'elle exprime. L'obstination déraisonnable reste une notion difficilement applicable au milieu préhospitalier, elle est susceptible d'être rencontrée dans le cadre d'une réanimation d'attente ou compassionnelle mais le terme ne serait alors, une nouvelle fois, pas adapté. Ainsi, la difficulté de prendre la bonne décision dans l'instant est propre au contexte et ne repose pas directement sur les soignants. Les gestes de réanimation prédominent et l'accompagnement, tout comme la réflexion, s'opèrent dans un second mais court temps. La formation des professionnels à l'accompagnement des proches dans ce milieu est inexistante. Certains professionnels déclarent qu'elle devrait être proposée. Elle pourrait permettre d'apporter des aides pour les professionnels et des mises à jour sur les connaissances et notamment sur la place des directives anticipées dans l'urgence.

La relation soignant-entourage est vécue de la part des soignants comme un rôle qui leur incombe. Ce rôle peut être au bénéfice du patient lorsque la famille est partenaire des soins mais on a vu qu'elle pouvait être également perturbatrice de par sa détresse. L'urgence préhospitalière se trouve être une irruption brutale, inattendue et lourde de conséquences sur les proches. Elle provoque chez eux une souffrance. Les soignants disposent de peu d'informations et doivent prendre en compte l'urgence somatique, la détresse vitale en priorité. Des gestes complexes sont nécessaires et demandent d'élaborer dans un temps restreint une perspective de soins. Face à cette prise en charge, le médecin mais également l'infirmier(e) touchent aux principes législatifs mais également éthiques que sont le devoir d'information et de prise en charge globale du patient. La prise en charge globale est relativement freinée puisque le patient n'est pas connu, c'est l'urgence de la situation qui prime.

Des outils pour aider à prendre la décision la plus juste et adaptée au patient existent mais sont difficilement jugés justes et ne sont donc pas pourvoyeurs d'assurance pour prendre la bonne décision. En effet, la famille, la rédaction des directives anticipées quand elle existe ou encore la connaissance du mode de vie et des valeurs du patient sont entendus et perçus comme des ressources par les professionnels du milieu préhospitalier. Chaque situation étant différente de par le contexte de la situation ou encore de par l'âge du patient, la réflexion éthique n'est pas la même. L'action est inéluctablement débutée, des critères renseignent sur la conduite à tenir et la situation sera réévaluée ensuite.

Il ressort de cette phase exploratoire, mise en parallèle avec le cadre conceptuel, des difficultés prédominantes à l'urgence préhospitalière. C'est le temps de l'urgence, ce temps

« *incompressible* » qui ne permet pas, selon les soignants, de s'occuper de manière confortable de l'entourage.

b) Question et hypothèse de recherche

Tout au long de ce travail, j'ai cherché à mettre en lien et confronter les données entre elles. Des lectures et des rencontres ont appuyé mes résultats et vice-versa. La question initiale était :

En quoi l'infirmier du milieu préhospitalier, confronté aux sollicitations de l'entourage, peut-il être mis en difficulté par des questions d'ordre éthique lors d'une réanimation ?

Au vu de l'évolution de l'analyse, des réponses et résultats que j'ai trouvés, la problématique a été précisée et la question de recherche soulevée est la suivante:

En quoi une formation à l'accompagnement de l'entourage lors des réanimations préhospitalières permettrait d'alléger les difficultés liées au temps de l'urgence qui se confronte au temps de la réflexion éthique ?

Hypothèse de recherche:

L'accompagnement de l'entourage ressort comme une évidence lors d'une situation brutale. Les attitudes et comportements soignants semblent être adaptés mais le temps de l'urgence ne permet pas de rendre optimale la relation soignant-entourage. L'expression d'un manque de formation ressort de ce premier travail de recherche. En appuyant sur les manques ressentis, on pourrait éclairer les difficultés et tenter de les réduire. On peut déjà mettre en avant la méconnaissance des directives anticipées écrites. Elles sont méconnues autant par les équipes que par l'ensemble de la population. Elles ne pourraient pas résoudre à elles seules les complexités de la décision dans l'urgence. La famille restera toujours le premier allié pour renseigner l'équipe et/ou l'infirmier(e) sapeur-pompier, il est donc capital d'aller vers la meilleure conduite d'une relation avec les proches pour rester dans la bienfaisance et le respect de la dignité du patient.

Conclusion

Au travers de ce travail de recherche, les caractéristiques de l'urgence préhospitalière ont été mis en avant. L'évolution du secours à personnes en France permet aujourd'hui d'avoir une technicité et des soins de plus en plus performants. Dès lors que les infirmier(e)s sont amené(e)s à intervenir pour des situations où la gravité est avérée, de nombreuses composantes viennent s'ajouter aux soins techniques délivrés aux patients. Le cadre conceptuel, renforcé par une enquête exploratoire menée auprès d'infirmier(e)s ayant une expérience dans le milieu préhospitalier, vient soulever l'une des composantes majeures dans la prise en charge: le relationnel avec l'entourage. La famille, ressource pour la prise en charge du patient, se trouve être dans un moment où sa place est difficile à définir. Elle devient une alliée d'une équipe qui ne connaît pas le patient et qui doit offrir rapidement des soins indispensables à sa survie. Lors des réanimations, avec une famille présente, des interférences viennent influencer la prise en soins.

Au début de notre étude, nous questionnions les difficultés éthiques lors des réanimations préhospitalières. Nous évoquons une confrontation entre l'équipe et les sollicitations de l'entourage, laquelle pouvait entraîner des difficultés d'ordre éthique. Tout au long de ce travail, nous avons mis en avant une prise en charge de l'entourage ayant des enjeux sur une décision de soins ou d'arrêt des soins la plus juste pour le patient. Les réponses sont attendues dans un temps extrêmement concis et ne peuvent être certaines dans l'immédiat. Quand le bénéfice de la réanimation pour le patient reste questionné par les soignants, l'action peut aider le travail de deuil de l'entourage. Il est donc nécessaire de considérer l'entourage, d'obtenir les informations sur les volontés du patient avec justesse. Pour ce faire, nous avons constaté que la formation manquait. Ce manque de formation pourrait faire l'objet d'un prochain travail.

Ce travail de fin d'études a développé, en moi, des connaissances sur l'abord des proches dans des situations dramatiques. Ce travail a enrichi la compétence relationnelle avec l'entourage. J'en étais persuadé et ce travail l'a confirmé: derrière les tenues blanches du Samu ou les uniformes des sapeurs-pompier, se trouvent des hommes et des femmes qui sont sensibles à cet aspect de leur métier. Mon projet professionnel est d'exercer dans l'urgence préhospitalière, je ne pourrais pas omettre tout ce que ce travail m'a apporté.

Bibliographie

Ouvrages:

- **DE LA COUSSAYE Jean-Emmanuel**, *Les urgences préhospitalières*, Ed. Masson, 2003
- Sous la direction de **HIRSCH Emmanuel**, *Face aux fins de vie et à la mort*, Ed. Vuibert, 2007
- **PINEAU Gaston, LANI-BAYLE Martine et SCHMUTZ Catherine** (coordinateurs), *Histoires de morts au cours de la vie*, Ed. L'Harmattan, 2011
- **Docteur HACPILLE Lucie** et l'équipe mobile de soins palliatifs, *Soins palliatifs - Les soignants et le soutien aux familles*, Ed. Lamarre, 2007
- **VALETTE Pierre**, *Ethique de l'urgence Urgence de l'éthique*, PUF, 2013
- **AUBRY Régis, DAYDE Marie-Claude**, *Soins palliatifs, éthique et fin de vie*, Ed. Lamarre, 2010
- **DUHAMEL Fabie**, *La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers*, Ed. gaëtan morin éditeur, 1995
- **RANSOM ROGERS Carl**, *Le développement de la personne*, 1ère édition en 1968, Ed. InterEditions, Paris, 2005
- **FORMARIER M et JOVIC L**, *Les concepts en sciences infirmières*, Arsi, Ed. Mallet Conseil, 2009
- **CLOUTIER L., DELMAS P., Delmas et DALL'AVA-SANTUCCI J. (Sous la direction de.)**, *La pratique infirmière de l'examen clinique*, Ed. de boeck, 2010
- **CHAVELLI Caroline**, *Accompagner la vie de la naissance à la mort*, Ed. Editions du Rocher, 2005
- **DEAVILA JACKSON Donald**, *La question de l'homéostasie familiale*, (chapitre III) dans WIKIN Yves, *La Nouvelle Communication*, Ed. Seuil, 2000
- **VAN LOEY Corinne**, *Le sentiment d'impuissance, Dénouer les blocages psychologiques et sexuels*, Ed. Dangles éditions, 2013

Périodiques:

- *L'éthique dans les soins. Oxymag*, revue de référence infirmière en anesthésie et réanimation, nov./déc. 2014, N°139, Dossier
- *Question de choix*, **Nathalie Michel**, Fédération JAMALV, mars 2001, N°64

Ressources Internet:

- **Larousse**, Disponible sur www.larousse.fr [En ligne]
- **Association nationale des infirmiers sapeurs-pompiers**, *Réponse graduée et place de l'ISP*, Disponible sur: <http://www.infirmiersapeurpompiers.com/category/Reponse-graduee-et-place-de-l-ISP.html> [En ligne] (consulté le 11 janvier 2015)
- **Infirmiers.com**, *ISP-Exercice particulier dans le cadre de l'urgence*, Disponible sur <http://www.infirmiers.com/votre-carriere/infirmier-de-sapeur-pompier/isp-exercice-particulier-dans-le-cadre-de-urgence.html>
- **MINISTERE DE LA SANTE ET MINISTERE DE L'INTERIEUR**, *Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente*, Disponible sur: www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel.pdf [En ligne] (consulté le 7/03/2015)
- **Société Française de la Médecine d'Urgence (SFMU)**, *Ethique et urgences*, 2003, Disponible sur <http://www.urgences-serveur.fr/ethique-et-urgences-reflexions-et,343.html> [En ligne] (consulté le 22 janvier 2015)

- **Société Française de la Médecine d'Urgence (SFMU)**, *Arrêt cardiaque: quand s'abstenir et quand s'arrêter ?* Disponible sur http://www.sfm.org/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/050_Goldstein.pdf [En ligne] (consulté le 6/04/2015)
- **ADNET F., JABRE P.** (Société Française de la Médecine d'Urgence), *Abord des proches lors de la réanimation d'un patient victime d'un arrêt cardiaque*, Disponible sur http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Abord_des_proches_lors_de_la_reanimation_d_un_patient_victime_d_un_arret_cardiaque.pdf [En ligne] (consulté le 20/04/2015)
- **Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)** *Recommandations formalisées d'experts: Prise en charge de l'arrêt cardiaque*, Disponible sur: <http://www.sfar.org/article/91/prise-en-charge-de-l-rsquo-arret-cardiaque-rfe-2006> consulté le 6/04/2015
- **Groupe de réflexion éthique de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)** *Recommandations de bonnes pratiques cliniques concernant l'application de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie*, Disponible sur: <http://www.sfar.org/article/122/recommandations-de-bonnes-pratiques-cliniques-concernant-l-rsquo-application-de-la-loi-n-deg-2005-370-du-22-avril-2005-relative-aux-droits-des-malades-et-a-la-fin-de-vie-sfar-2006> [En ligne] (consulté le 7/04/2015)
- **Assemblée nationale**, *rapport d'informations sur la Loi Leonetti*, Disponible sur: http://www.sfar.org/_docs/articles/124-rapport_leonetti08.pdf [En ligne] (consulté le 15 avril 2015)
- Article de **MICHELET Pierre de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)**, *Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation*, disponible sur <http://www.sfar.org/article/1003/family-presence-during-cardiopulmonary-resuscitation> [En ligne] (consulté le 13/04/2015)
- **Samu-Urgences de France**, *La conception française de l'urgence médicale*, Disponible sur <http://www.samu-de-france.fr/fr/public/presentation> [En ligne] (consulté le 14/02/2015)
- **TRAVERS S., TOURTIER JP., DOMANSKI L.** (Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris), *Procédure de prélèvement sur donneur décédé après arrêt cardiaque, Annonce du décès en préhospitalier et préparation de la famille au don d'organe*, Disponible sur <http://www.smurbmpm.fr/upload/FMC/2013-2014/09%2014/bspp%20annonce%20dc.pdf> [En ligne] (consulté le 20/04/2015)
- **Docteur CATALA Isabelle**, *Réanimation d'arrêt cardiaque: faites entrer les familles!*, Disponible sur <http://www.medscape.fr/voirarticle/3520731> [En ligne] (consulté le 20/04/2015)
- **CASSPA 49**, *Conférence sur les droits des malades et de la fin de vie*, Disponible sur: <http://www.casspa49.fr/file-manifestation-fichierpdf-8.html> [En ligne] (consulté le 25/04/2015)
- **Legifrance**, Disponible sur www.legifrance.gouv.fr [En ligne]
- **MINISTRE DE L'INTERIEUR**, Référentiel national des compétences de sécurité civile, PSE1. *Partie 2 "La chaîne des secours"*, référence CI-2-1, 2007, Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/content/download/36654/277153/file/PSE1.pdf> [En ligne] (consulté le 7/03/2015)

- **Institut UPSA de la Douleur**, *Douleurs et urgences*, Disponible sur <http://www.institut-upsa-douleur.org/patients/douleur-aigue/urgences/definition-de-l-urgence>[En ligne] (consulté le 14/02/2015)

Textes législatifs:

- **Code de la santé publique**, Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires, Article 2, Disponible sur <http://legifrance.gouv.fr> [En ligne] (consulté le 7/03/2015)
- **Code général des collectivités territoriales**, Article R1424-24, Disponible sur www.legifrance.gouv.fr [En ligne] (consulté le 10 janvier 2015)
- **Code de la santé publique**, Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, Disponible sur www.legifrance.gouv.fr [En ligne] (consulté le 11 février 2015)
- **Code pénal**, Article 223-6, Disponible sur www.legifrance.gouv.fr [En ligne] (consulté le 3/04/2015)

Enseignements:

- Cours sur la famille Semestre 1
- Cours sur la parentalité, Semestre 1
- Cours sur les émotions et cognitions, Semestre 1
- Cours sur la bientraitance: définitions, Semestre 2
- Cours sur le concept de l'autonomie; Semestre 2
- Cours sur la relation d'aide, Semestre 3
- Cours sur le travail de deuil, Semestre 3

Photo de couverture:

- **GUIOT Jeff** (textes et photos), *En tous temps, tous lieux MEDECINE D'URGENCE*, Disponible sur: <http://www.infirmiers.com/pdf/medecine-urgence-2012.pdf> [En ligne] (consulté le 17/04/2015)

Annexes

- 1- Missions du service de santé et de secours médical**
- 2- La souffrance globale**
- 3- Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie**
- 4- La RCP de base et avec DAE chez l'adulte**
- 5- La RCP médicalisée chez l'adulte**
- 6- La rédaction des directives anticipées**
- 7- Analyse d'un problème éthique**
- 8- Réponse de différents professionnels lors d'une conférence**
- 9- Grille d'entretiens infirmiers semi-directifs**
- 10- Retranscription entretien n°1**
- 11- Retranscription entretien n°2**
- 12- Retranscription entretien n°3**
- 13- Retranscription entretien n°4**
- 14- Tableau synthétique d'analyse des entretiens**
- 15- Fiches de lectures**

Missions du service de santé et de secours médical¹

Définies par l'article R1424-24

"Créé par Décret 2000-318 2000-04-07 jorf 9 avril 2000

Le service de santé et de secours médical exerce les missions suivantes :

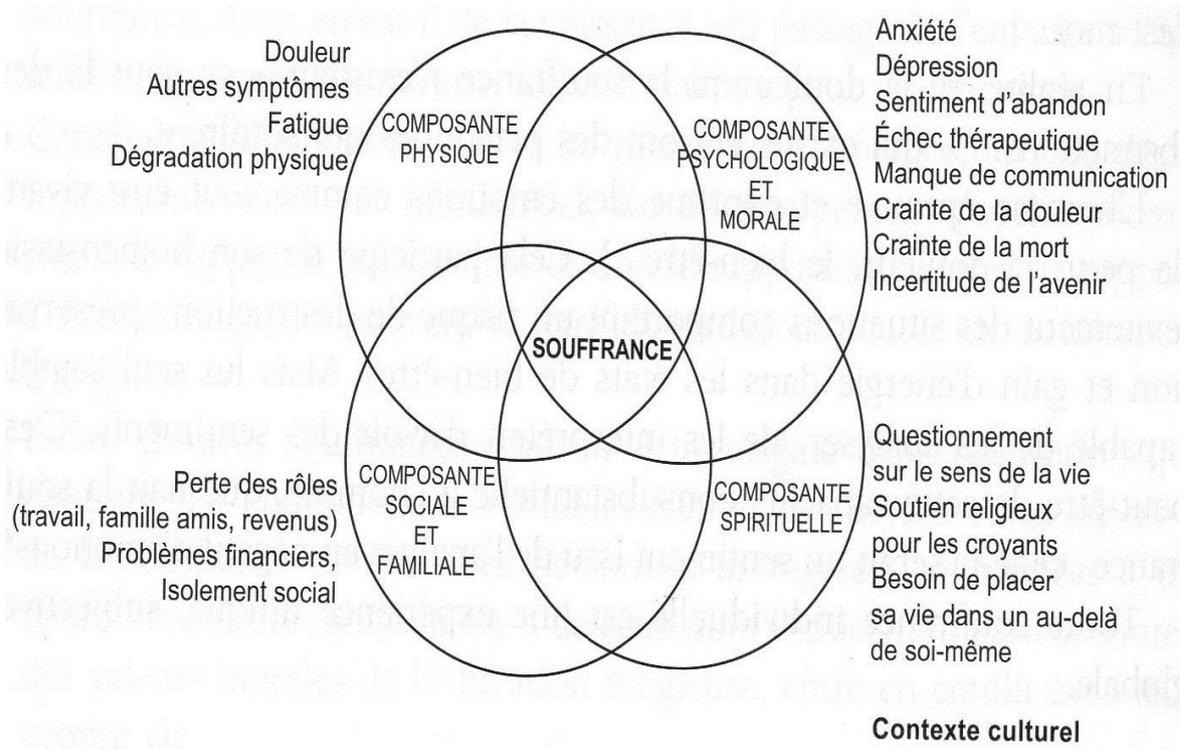
- 1° La surveillance de la condition physique des sapeurs-pompiers ;*
- 2° L'exercice de la médecine professionnelle et d'aptitude des sapeurs-pompiers professionnels et de la médecine d'aptitude des sapeurs-pompiers volontaires, dans les conditions prévues à l'article R. 1424-28 ;*
- 3° Le conseil en matière de médecine préventive, d'hygiène et de sécurité, notamment auprès du comité d'hygiène et de sécurité ;*
- 4° Le soutien sanitaire des interventions des services d'incendie et de secours et les soins d'urgence aux sapeurs-pompiers ;*
- 5° La participation à la formation des sapeurs-pompiers au secours à personnes ;*
- 6° La surveillance de l'état de l'équipement médico-secouriste du service.*

En outre, le service de santé et de secours médical participe :

- 1° Aux missions de secours d'urgence définies par l'article L. 1424-2 et par l'article 2 de la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires ;*
- 2° Aux opérations effectuées par les services d'incendie et de secours impliquant des animaux ou concernant les chaînes alimentaires ;*
- 3° Aux missions de prévision, de prévention et aux interventions des services d'incendie et de secours, dans les domaines des risques naturels et technologiques, notamment lorsque la présence de certaines matières peut présenter des risques pour les personnes, les biens ou l'environnement."*

¹ Code général des collectivités territoriales, article R1424-24, Disponible sur www.legifrance.gouv.fr [En ligne] (consulté le 10 janvier 2015)

La souffrance globale¹



¹ AUBRY Régis, DAYDE Marie-Claude, *Soins palliatifs, éthique et fin de vie*, Ed. Lamarre, 2010, page 119

Loi du 22 avril 2005 Relative aux droits des malades et à la fin de vie¹

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 1

« Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. »

Article 2

« Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrégé sa vie, il doit en informer le malade, sans préjudice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. »

Article 3

Dans la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, les mots : « un traitement » sont remplacés par les mots : « tout traitement ».

Article 4

« Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical.

« Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. »

Article 5

« Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. »

Article 6

« Art. L. 1111-10. - Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical.

¹ LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, Disponible sur www.legifrance.gouv.fr [En ligne]

« Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. »

Article 7

« Art. L. 1111-11. - Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment.

« A condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant.

« Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. »

Article 8

« Art. L. 1111-12. - Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause et hors d'état d'exprimer sa volonté, a désigné une personne de confiance en application de l'article L. 1111-6, l'avis de cette dernière, sauf urgence ou impossibilité, prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin. »

Article 9

« Art. L. 1111-13. - Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et consulté la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne. Sa décision, motivée, est inscrite dans le dossier médical.

« Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. »

Article 10

I. - Après l'article L. 1111-9 du code de la santé publique, il est inséré une division ainsi rédigée : « Section 2. - Expression de la volonté des malades en fin de vie ».

II. - Avant l'article L. 1111-1 du même code, il est inséré une division ainsi rédigée : « Section 1. - Principes généraux ».

III. - Dans la première phrase de l'article L. 1111-9, les mots : « du présent chapitre » sont remplacés par les mots : « de la présente section ».

Article 11

« Ils identifient les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et définissent, pour chacun d'entre eux, le nombre de référents en soins palliatifs qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs. »

Article 12

« Art. L. 6143-2-2. - Le projet médical comprend un volet "activité palliative des services. Celui-ci identifie les services de l'établissement au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs. Il précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions du contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2.

« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret. »

Article 13

« Le cas échéant, ce projet identifie les services de l'établissement ou du service social ou médico-social au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions des conventions pluriannuelles visées à l'article L. 313-12. »

II. - Les modalités d'application du présent article sont définies par décret.

Article 14

« La convention pluriannuelle identifie, le cas échéant, les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et définit, pour chacun d'entre eux, le nombre de référents en soins palliatifs qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs. »

Article 15

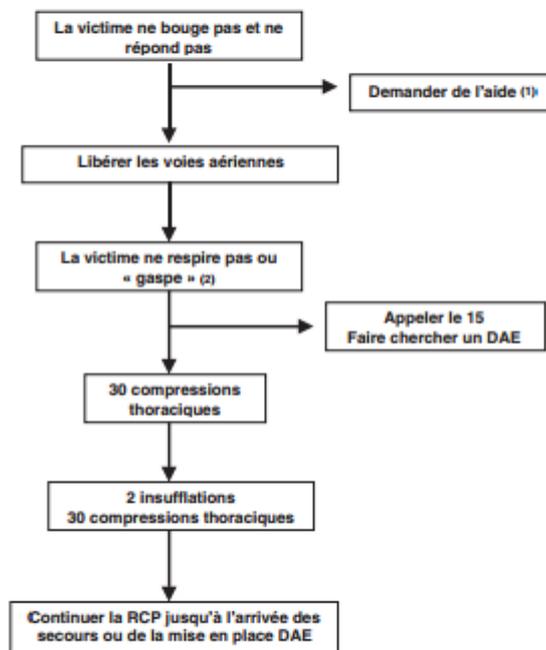
En application du 7° de l'article 51 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances, une annexe générale jointe au projet de loi de finances de l'année présente tous les deux ans la politique suivie en matière de soins palliatifs et d'accompagnement à domicile, dans les établissements de santé et dans les établissements médico-sociaux.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

La RCP de base¹ et avec DAE²³ chez l'adulte

Figure 1 : algorithme de la réanimation cardiopulmonaire de base

Cet algorithme est réalisable par tous les intervenants en attendant l'arrivée de secours dans le cadre la Chaîne de Survie



- (1) Demander de l'aide signifie demander à un autre intervenant de participer à l'alerte et à la RCP
(2) La prise du pouls peut être effectuée par les secouristes et les professionnels de santé

¹ Figure 1: *Recommandations Formalisées d'Experts: Prise en charge de l'Arrêt Cardiaque*, Disponible sur <http://www.sfar.org/article/91/prise-en-charge-de-l-rsquo-arret-cardiaque-rfe-2006> page 5

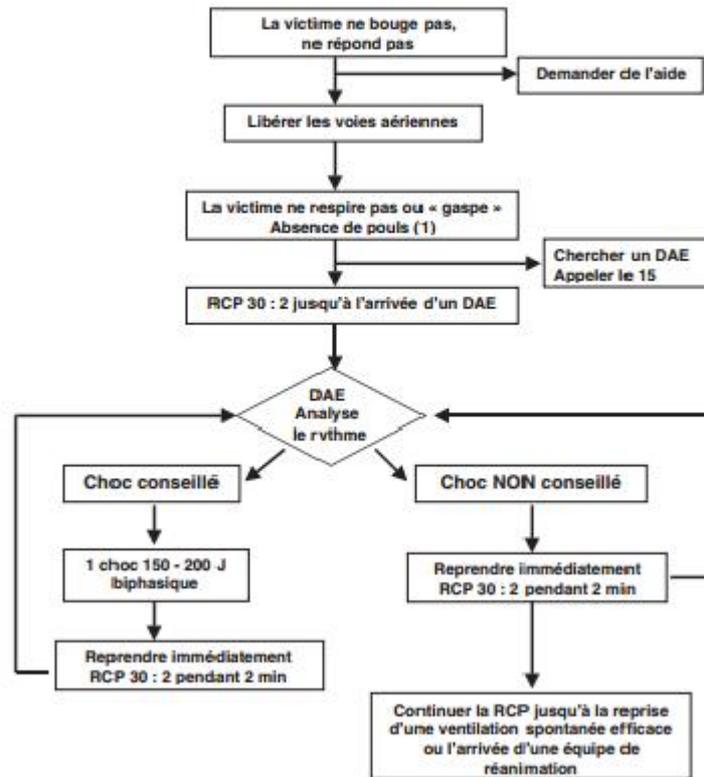
² Défibrillateur Automatisé Externe

³ Figure 2: *Recommandations Formalisées d'Experts: Prise en charge de l'Arrêt Cardiaque*, Disponible sur <http://www.sfar.org/article/91/prise-en-charge-de-l-rsquo-arret-cardiaque-rfe-2006> page 7

Figure 2 : algorithme de la défibrillation automatisée externe

Cet algorithme est réalisable par tous les intervenants formés à la DAE en attendant l'arrivée de l'équipe de réanimation médicalisée.

Les interruptions des compressions thoraciques doivent être les plus courtes possibles.



La RCP médicalisée¹ chez l'adulte

Figure 3 : Algorithme de la réanimation médicalisée

Cet algorithme est réalisé dès l'arrivée d'une équipe médicalisée de réanimation pré hospitalière (déclenchée par le 15) ou hospitalière.

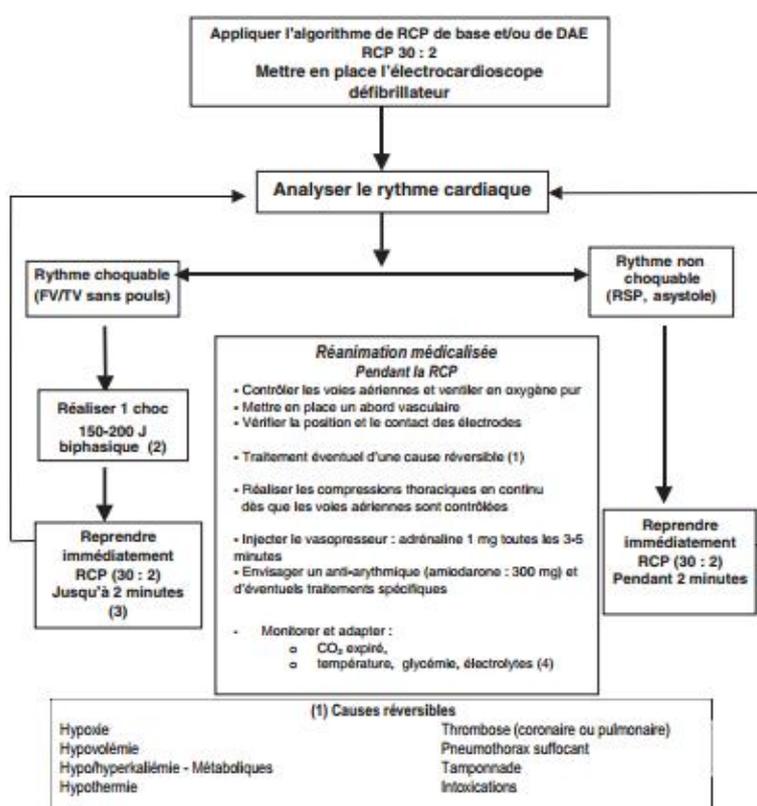
Un rythme choquable signifie « pour lequel le choc électrique est indiqué ».

Les indications des médicaments sont précisées dans le texte.

Les interruptions des compressions thoraciques doivent être les plus courtes possibles.

Si la défibrillation permet le retour à une circulation spontanée efficace le médecin peut abréger la séquence suivante de 2 min de RCP.

Cet algorithme peut être modifié devant un AC en situation particulière.



(2) Ou énergie équivalente.

(3) En fonction de la reprise d'une activité circulatoire.

(4) Après le retour à une circulation spontanée.

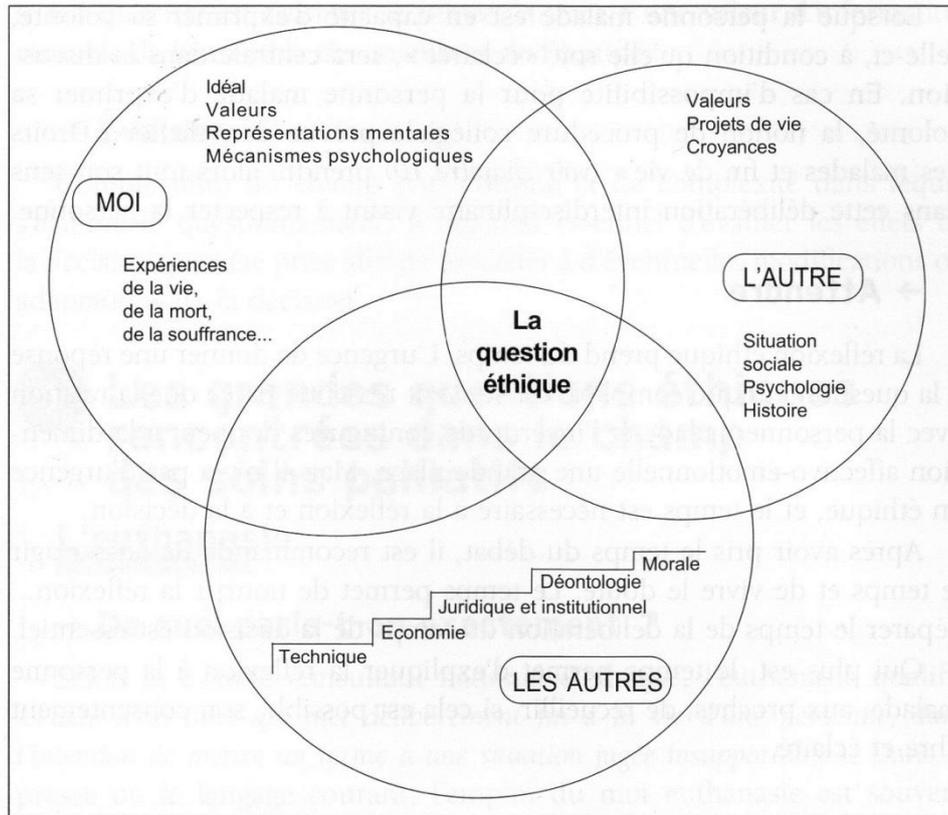
¹ Figure 3: *Recommandations Formalisées d'Experts: Prise en charge de l'Arrêt Cardiaque*, Disponible sur <http://www.sfar.org/article/91/prise-en-charge-de-l-rsquo-arret-cardiaque-rfe-2006>, page 10

La rédaction des directives anticipées¹

Forme	<ul style="list-style-type: none">• Document écrit, daté et signé par l'auteur identifié par ses nom, prénom, date et lieu de naissance.• Lorsque l'auteur de ces directives, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, il peut demander à deux témoins, dont la personne de confiance lorsqu'elle est désignée, d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leurs nom et qualité, et leur attestation est jointe aux directives anticipées.• Le médecin peut, à la demande du patient, faire figurer en annexe de ces directives, au moment de leur insertion dans le dossier de ce dernier, une attestation constatant qu'il est en état d'exprimer librement sa volonté et qu'il lui a délivré toutes informations appropriées.
Durée de validité et modification	<ul style="list-style-type: none">• Trois ans, renouvelable par simple décision de confirmation signée par leur auteur sur le document ou, en cas d'impossibilité d'écrire et de signer, établie avec deux témoins. Toute modification intervenue dans le respect de ces conditions vaut confirmation et fait courir une nouvelle période de trois ans.• Dès lors qu'elles ont été établies dans le délai de trois ans, précédant soit l'état d'inconscience de la personne, soit le jour où elle s'est avérée hors d'état d'en effectuer le renouvellement, ces directives demeurent valides quel que soit le moment où elles sont ultérieurement prises en compte.• Modification : elles sont modifiables à tout moment, partiellement ou totalement, et révocables sans formalités.
Conservation	<ul style="list-style-type: none">• Les directives anticipées doivent être conservées selon des modalités les rendant aisément accessibles pour le médecin appelé à prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement dans le cadre de la procédure collégiale. À cette fin, elles sont conservées dans le dossier de la personne, constitué par un médecin de ville, qu'il s'agisse du médecin traitant ou d'un autre médecin choisi par elle, ou, en cas d'hospitalisation, dans le dossier médical.• Toutefois, les directives anticipées peuvent être conservées par leur auteur ou confiées par celui-ci à la personne de confiance ou, à défaut, à un membre de sa famille ou à un proche. Dans ce cas, leur existence et les coordonnées de la personne qui en est détentrice sont mentionnées, sur indication de leur auteur, dans le dossier constitué par le médecin de ville ou dans le dossier médical.• Toute personne admise dans un établissement de santé ou dans un établissement médico-social peut signaler l'existence de directives anticipées ; cette mention ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice sont portées dans le dossier médical.

¹ AUBRY Régis, DAYDE Marie-Claude, *Soins palliatifs, éthique et fin de vie*, Ed. Lamarre, 2010, pages 177-178

Analyse d'un problème éthique¹



¹ AUBRY Régis, DAYDE Marie-Claude, *Soins palliatifs, éthique et fin de vie*, Ed. Lamarre, 2010, page 185

Réponse de différents professionnels lors d'une conférence¹



CONFERENCE SUR LES DROITS DES MALADES ET LA FIN DE VIE

(La Loi Leonetti et ses évolutions)

JEUDI 2 AVRIL 2015

QUESTIONS DU PUBLIC

1. Comment placer le patient au « Centre » lorsque la question se pose dans l'urgence et que celui-ci n'est pas en mesure de donner son avis ?

Maître Véronique Rachet - Darfeuille : La situation d'urgence, définie comme la situation dans laquelle un patient court un risque vital et immédiat, permet à l'équipe médicale de se passer du consentement du patient le temps de lui faire passer le cap de la crise aigüe et de lui délivrer les soins indispensables. Dès que ce cap est franchi, son consentement aux soins devra à nouveau être recueilli. L'actuelle proposition de loi Leonetti propose, par exemple, que les Directives anticipées s'imposent au médecin, « *sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation* ».

Elisabeth Rouchon : cette question met en avant l'extrême complexité des situations "d'urgence" où les médecins ont à prendre très rapidement des décisions (par exemple de réanimation) sans connaître les volontés du patient. C'est alors à l'équipe qui prend en charge la personne de juger ce qui peut être fait ou de décider de ne pas faire, selon les cas, mais toujours en essayant de tenir compte du maximum de paramètres permettant de cerner l'identité de la personne et de respecter son humanité et sa dignité. Quand il n'y a ni directives anticipées, ni personne de confiance, et que le patient n'est pas en capacité de dire ce qu'il souhaiterait on peut concevoir le poids de responsabilité qui incombe alors aux soignants et cela renvoie à la deuxième partie de la quatrième question : comment prendre en compte la souffrance des soignants?

Dr M. Thérèse Leblanc-Briot : dans l'urgence, le médecin entreprend les traitements les plus appropriés pour préserver la vie du patient. Dans certaines situations, le médecin urgentiste ne dispose que de très peu de temps pour décider ; par exemple, en cas de détresse vitale, il n'a que quelques minutes pour mettre en œuvre les traitements de réanimation pour sauver la vie du patient. Souvent il ne dispose pas d'informations précises sur l'état de santé du patient, le degré d'évolution des maladies dont il est porteur. C'est donc souvent dans un deuxième temps que la situation est réévaluée. Si le patient n'est toujours pas en capacité de donner son avis, le médecin s'appuiera sur la procédure collégiale et évaluera le rapport bénéfices/risques des traitements mis en œuvre, en examinant les conséquences sur la qualité de vie. Dans certains départements, comme en Mayenne, une fiche SAMU URGENCES PALLIA 53 a été mise en place ; elle permet de communiquer au centre 15 des informations utiles à une prise en charge appropriée pour des patients en phase avancée ou terminale d'une maladie grave. Dans cette fiche est notamment précisé le projet thérapeutique, la prise en charge palliative de façon à assurer une cohérence des soins et des traitements même dans l'urgence.

¹ L'intégralité des questions et des réponses de la conférence est disponible sur: <http://www.casspa49.fr/file-manifestation-fichierpdf-8.html> [En ligne]

Grille d'entretiens infirmiers semi-directifs

Question de départ :

En quoi l'infirmier du milieu préhospitalier, confronté aux sollicitations de l'entourage, peut-il être mis en difficulté par des questions d'ordre éthique lors d'une réanimation ?

Public ciblé :

4 infirmiers exerçant dans l'urgence préhospitalière, peu importe le nombre d'années d'expérience dans le domaine, 2 infirmiers du SAMU et 2 infirmiers sapeurs-pompiers.

Intérêts des entretiens :

Ces entretiens auront pour but de contrôler mes recherches et possibles résultats trouvés dans mes lectures. Puisque je n'ai pas pu réaliser d'entretiens de recherche qui auraient pu m'aider à la construction de mon cadre conceptuel, je compte confronter ceux que je vais réaliser à mon hypothèse de départ. Grâce à ces entretiens et aux données que je collecterais, je pourrais approfondir mes données.

Outil :

<u>Objectifs</u>	<u>Questions</u>	<u>Réponses attendues</u>
<u>Déterminants sociaux-professionnels</u> <i>Renseigner sur le profil ainsi que sur l'expérience de la personne interrogée.</i>	-Quel âge avez-vous ? -Depuis quand êtes vous diplômés? -Depuis quand exercez vous dans cette spécialité ? -Quelles sont vos horaires de travail ?	Age. Année d'obtention du diplôme. Années d'expérience dans l'urgence préhospitalière. Conditions de travail: de jour, de nuit, les deux, en douze

		heures, en huit heures....
<p><u>Relation soignant-entourage dans l'urgence</u></p> <p><i>Caractériser la place de l'entourage dans les prises en charge lors de situations d'urgence</i></p>	<p>1-Quelle est la place de l'entourage dans les prises en charge en urgence ?</p>	<p>1-Entourage écarté au départ, entourage source d'informations sur les antécédents, sur les signes cliniques remarqués, les conditions de l'accident, du malaise, peut être le premier témoin...</p>
	<p>2-Quelles sont les difficultés pour être disponible pour l'entourage</p>	<p>2-La prise en charge du patient qui occulte celle de l'entourage, la technique, le stress, comprendre la situation avant de s'occuper de l'entourage, ...</p>
<p><u>Alliance soignant-entourage</u></p> <p><i>Repérer les modalités du partenariat soignant-entourage.</i></p>	<p>3a-D'après vous, quels sont les moyens pour prendre en charge l'entourage ?</p>	<p>3a-Ecouter, rassurer, disponibilité, explications, informations claires, inclusion de l'entourage dans la prise en charge, , comprendre leur mécanismes de défenses, accepter que la brutalité peut leur être traumatique, écarter les proches du lieu ou au contraire les laisser auprès du patient, ...</p>
	<p>3b-L'entourage a t-il un rôle de partenaire dans la prise en charge ?</p> <p>3c-Pourquoi ?</p>	<p>3b- Oui ou non</p> <p>3c- Personne ressource d'informations, ...</p>
<p><u>Expériences de réanimations préhospitalières</u></p>	<p>4-Avez vous déjà réalisé des réanimations préhospitalières où l'entourage était présent?</p>	<p>4-Oui ou non</p>

<p><i>Révéler l'expérience et le vécu du soignant sur les réanimations préhospitalières</i></p>	<p>5-Quelle(s) est(sont) votre(vos) réaction(s) envers ces proches lors:</p> <p>a)d'un échec de réanimation?</p> <p>b)d'un refus de réanimation ?</p>	<p>5a) Empathie, compassion, silence, explications...</p> <p>5b) Empathie, compassion, silence, explications,...</p>
<p><u>Ethique dans l'urgence</u></p> <p><i>Rechercher les modes de participation des protagonistes lors d'une situation d'urgence.</i></p>	<p>6- Pensez vous que l'infirmier(e) participe au choix d'arrêter une réanimation ?</p> <p>a) Si oui, comment ?</p> <p>b) Si non, pourquoi ?</p> <p>c) Si non, est-ce frustrant?</p>	<p>6-Oui ou non</p> <p>6a)Place dans l'équipe soignante, expérience, ...</p> <p>6b)Rôle exclusivement médical</p> <p>6c)Oui ou non</p>
	<p>7- Pensez vous que la famille participe au choix d'arrêter une réanimation ?</p> <p>a) Si oui, comment ?</p> <p>b) Si non, pourquoi ?</p>	<p>7-Oui ou non</p> <p>7a)Informations à l'équipe soignante, meilleure connaissance de leur proche, ..</p> <p>7b)Décision trop difficile, pas préparés, ne veulent pas se sentir responsables de l'arrêt, les affects ne permettent pas de décider correctement ...</p>
	<p>8- Pensez vous qu'il existe des difficultés qui peuvent conduire à l'acharnement thérapeutique dans les situations d'urgence ?</p> <p>a) Si oui, pourquoi ?</p>	<p>8-Oui ou non</p> <p>8a)montrer aux proches qu'on fait tout ce qu'on peut (réanimation compassionnelle), difficultés pour l'équipe de s'arrêter (enfants, ...), ...</p>
	<p>9- Comment accompagnez vous l'entourage d'un patient en fin de vie pour connaître ses directives</p>	<p>9-Ecouter, questionner, être calme et clair, rechercher un écrit de la part du patient sur</p>

	anticipées ?	ses dernières volontés s'il existe, se renseigner sur le don d'organes...
<p><u>Formation</u></p> <p><i>Rechercher l'expérience de formation et la relier aux difficultés rencontrées.</i></p>	<p>10- Etes vous formés à l'accompagnement en fin de vie dans le milieu préhospitalier ?</p> <p>a) Si oui, sous quelle(s) forme(s)?</p> <p>b) Si non, est-ce un manque ?</p>	<p>10-Oui ou non</p> <p>10a) Formation théorique, pratique, comment est la formation, ...</p> <p>10b) Oui ou non</p>

RETRANSCRIPTION ENTRETIEN N°1

Samedi 21 mars 2015, 11 heures.

Infirmière sapeur-pompier

Durée de l'entretien: 22 minutes et 53 secondes

Femme 42 ans

Moi: Peux tu me parler de ton expérience professionnelle et dans le milieu préhospitalier ?

Infirmière A: Je suis diplômée IDE depuis 21 ans et infirmière sapeur-pompier depuis 14 ans

Moi: Comment se réalisent tes astreintes?

Infirmière A: Je suis sur un rythme d'une astreinte une semaine par mois de nuit et 1 w.e complet par mois ce qui représente 80 à 100 heures par mois.

Moi: La première question, concernant la relation soignant-entourage dans l'urgence: quelle est la place de la prise en charge de l'entourage des victimes, des patients dans l'urgence préhospitalière?

Infirmière A: Euh... Quelle est sa place? euh... Donc dans un premier temps je dirais euh...euh... alors moi en tant qu'infirmière sur les interventions euh... je dirais que sa place, pour moi, que sa place est très importante dans le sens où c'est vrai, euh, qu'il y a une différence sur les interventions où il y a pas du tout d'entourage et par rapport aux interventions où y'a un entourage. Pour moi en fait l'entourage c'est, l'entourage c'est quelque chose de ressource. Voilà. D'emblée. Je dirais une première analyse euh parce qu'en fait de par l'entourage on va pouvoir à un moment donné aller rechercher, préciser des choses, euh...aller je dirais euh... peaufiner un peu euh... l'état des lieux, la compréhension de ce qui peut s'y passer, de ce qui peut ... pourquoi on peut en être arrivé là. Donc je dirais euh.. c'est pour moi quelque chose de ressource hein, d'avoir euh cet entourage par rapport à mon travail et ce que moi je vais vouloir en faire. Par contre il y a aussi un autre côté, c'est que ça peut être aussi, alors pas ressource, mais plutôt euh... euh... ça complique aussi la situation, ça peut compliquer aussi certaines situations en fonction de ce qu'il y a à vivre euh parce que euh je dirais, ça donne quelque chose de plus à gérer. Voilà. En fonction de ce qu'il y a à vivre. Si... si je dirai, si c'est une intervention relativement euh...euh... où il y a pas d'enjeu vital, si y'a pas de degré de... voilà, ca reste

quelque chose de ressource. Mais c'est vrai que, d'emblée, si c'est quelque chose qui est quand même euh, de plus intense, avec un risque vital qui est enclenché, tout ça. Dans un premier temps par rapport à mon travail que je vais avoir à faire ça peut être euh ...une difficulté, un frein. Voilà.

Moi: Du coup ça enchaîne sur la seconde question qui est: quelles sont les difficultés pour être disponible pour l'entourage ?

Infirmière A: Du coup, je dirai, les difficultés c'est que d'emblée je ne peux pas forcément toujours m'orienter vers l'entourage. C'est que d'emblée, en fonction de ce que j'ai à traiter je peux avoir l'impression que ce n'est pas ma priorité, c'est que l'entourage c'est pas ma priorité, et que ça va être secondaire. Euh... des fois, les difficultés aussi, de l'entourage, c'est que parfois en fait, il y a une difficulté de placement de tout le monde dans une intervention dans le sens où ben l'entourage est là mais il peut freiner ton travail par sa façon d'être, sa façon de... de voir ce qu'il se passe euh, donc ça peut être un frein dans tes pratiques euh parce que ça peut être, ils peuvent être une charge en plus. ... Ouais... Par ce qu'ils ont à vivre, ce qui... ça peut être handicapant dans ta prise en charge.

Moi: D'accord. Et du coup, les moyens pour prendre en charge l'entourage, quels sont-ils?

Infirmière A: Qu'est ce qui pourrait être favorisant? Concrètement quels moyens on a pour prendre en charge l'entourage?

Moi: Oui les moyens pour les considérer.

Infirmière A: Alors moi je dirai, euh... quels moyens on a là.. euh par rapport aux interventions sapeur-pompier, euh je dirai, un des moyens et un des avantages qu'on a c'est qu'on est une équipe. D'emblée voilà tu vois ce que je veux dire. C'est, je dirai, un des moyens qu'on a c'est qu'on a plusieurs hommes et plusieurs femmes qui font qu'on n'arrive pas seuls et que si tu veux, euh il va y avoir une distribution comme, comme euh, d'un acte technique qui va être à faire, euh...il va y avoir euh...il y a toujours quelqu'un de ressource dans l'équipe qui va faire, qui va prendre conscience que là il y a aussi à faire, et qui va prendre en charge l'entourage, qui va s'orienter vers l'entourage donc ça c'est une ressource que l'on a d'intervenir en équipe.

Moi: Donc, l'entourage a-t-il un rôle de partenaire dans la prise en charge?

Infirmière A: Ben oui. Voilà... Ca c'est...c'est évident. Il y a vraiment à être vigilant sur cet entourage. Il y a vraiment une vigilance à avoir et qu'en effet c'est une ressource. C'est une ressource pour, ...pour une meilleure compréhension de la situation, pour eux aussi aider à la ..., pendant l'intervention, de les faire intervenir. Il peut y avoir aussi vraiment une aide au moment de l'intervention qui va , qui va être favorisant pour nous quoi.

Moi: Quelle aide par exemple?

Infirmière A: Alors après il faut que j'essaie de trouver un exemple marquant. Ils peuvent par exemple pour quelqu'un qui est en refus de soins, d'être transporté par exemple, ils peuvent être dans la négociation. Après ça peut être l'inverse, l'entourage qui est pas d'accord sur ce qu'on fait. Mais ça peut être quelqu'un qui va faire prendre conscience la nécessité d'être hospitalisé par exemple. Après c'est tellement aussi,...euh, disparate et compliqué qu'il est difficile de généraliser. C'est vraiment au cas par cas.

Moi: On va plus se centrer sur la réanimation préhospitalière. As-tu déjà réalisé des situations de réanimations préhospitalières?

Infirmière A: Oui

Moi: Où l'entourage était présent?

Infirmière A: Oui pas énormément de fois mais oui.

Moi: Donc, quelles sont tes réactions envers ces proches lors d'un échec de réanimation?

Infirmière A: Alors là pour moi, là il y a deux cas de figures: est-ce qu'il y a la présence du SAMU ou pas. Pour moi, pour moi en fait c'est pas la même chose en fait. Euh.... si, s'il y a eu arrêt de la réanimation en présence du SAMU ou par téléphone. Ce sont des cas de figures différents. Moi, euh, personnellement je n'ai pas eu à gérer un arrêt de réanimation en présence de famille, d'entourage, sans la présence de médecin. Donc par rapport à ça je peux pas te donner cette expérience là. Et donc euh... plus mon expérience en présence euh, en présence de SAMU, donc là dans l'organisation, euh, je dirai euh bah en fait vraiment dans ce qu'il se passe c'est vraiment le médecin du SAMU qui prend en charge l'annonce, qui prend en charge vraiment cette euh... cette annonce et puis qui s'organise autour de ça. Donc c'est vrai qu'à ce moment là, ...moi ma présence elle est plus, je dirai, après secondaire. Dans le sens où ce n'est pas moi qui annonce, ce n'est pas moi mais en

fait le temps après que le SAMU euh... fasse la réalisation des papiers, tu vois il y a encore un temps après, hein il y a vraiment le temps de l'annonce. Il y a le temps bon ben après ça y est, le SAMU se retire, et c'est là où moi j'interviens tu vois, le relais. Pour moi c'est un peu encore le relais entre l'annonce que, que le médecin a fait et euh... le temps de faire voilà euh je dirai moi c'est dans... cet accompagnement de prise en charge face à tout ça, après.

Moi: Les réactions elles se caractérisent comment? L'accompagnement se fait comment?

Infirmière A: Eh bien dans l'écoute de ce qu'ils vivent à ce moment là et ... d'essayer de voir euh qu'est ce qu'ils ont, enfin..., qu'est ce qu'ils ont besoin là avec ... euh ... voilà. D'essayer de savoir s'ils ont besoin de..., est-ce qu'on peut euh euh... Il faut qu'ils soient accompagnés. A partir du moment où on va être partis, ont-ils besoin de ressources? Euh... pour ne pas rester seuls par exemple tu vois... Euh... D'essayer de les... de leur proposer cette question dans le sens de voilà, d'imaginer un peu là... voilà là on est ensemble, ils sont accompagnés mais après ils vont être face, seuls. Et est-ce que dans ce... toujours dans cette idée de relais tu vois, de leur proposer euh en fonction de leurs besoins, euh un relai qui leur est propre après, qui n'est plus membre de l'équipe. Dans cette idée là tu vois. D'accompagnement. Parce que voilà, moi je sais que ça va être encore très court et que dans cinq, dix minutes je ne vais plus être là non plus et j'ai cette idée de ben voilà... eux ils vont rester quand même là avec ça et avec ça et donc est-ce qu'ils, euh "ah oui oui je vais appeler quelqu'un". Des fois, ça c'est une information, voilà est-ce qu'il il y a bien quelqu'un qui va pouvoir être là avec eux, le temps de gérer que les pompes funèbres arrivent.

Moi: Dans tes expériences, tu as rencontré des refus de réanimation? Parce que c'est trop tard ou qu'il est pas possible de réanimer.

Infirmière A: Ah oui oui.

Moi: Et du coup vis à vis de l'entourage comment tu réagis?

Infirmière A: Alors oui. J'ai l'exemple de quand c'est euh.. c'était des frères et sœurs. Voilà. Après il y a aussi les personnes isolées, des personnes isolées qu'on a retrouvé en état cadavérique où il y a pas de réanimation envisageable euh... Donc ils ont été contactés euh... par le maire, euh... d'autres fonctions. Et là d'un seul coup euh... ben on voit arriver

un frère, une sœur voilà... qui arrive secondairement. Alors dans mes expériences c'était des ... qui n'étaient pas très en lien avec la personne décédée euh, euh... donc il y a une certaine distance tu vois.

Moi: On va parler maintenant du choix d'arrêter une réanimation. Donc toi, penses tu que l'infirmier, l'infirmière peut participer au choix d'arrêter une réanimation ?

Infirmière A: Eh ben... De participer au choix? Euh ben je pense euh, elle va être un élément, également euh... un élément du maillon qui fait que... parce que je pense que euh... y'a des éléments qui font qu'on..., des éléments à connaître et... alors à connaître mais des éléments décisifs qui vont faire dire que, qui vont faire prendre cette décision. Je pense que c'est pareil, c'est... c'est une équipe donc l'infirmier a aussi toute sa... tout son diagnostic qui fait que mais on reste des... pour moi ça va être plus des éléments supplémentaires que tu vas formuler qui vont aider à la prise, euh... à la prise de décision mais qui ne t'incombe pas. Pour moi, c'est vraiment on va donner les éléments qui, on sait très bien derrière ce que ça va donner. Mais ce n'est que, voilà... cet intérêt de donner des éléments précis qui font... qui vont être une aide à la prise de décision, mais qui n'appartient pas à l'infirmier.

Moi: Ce sont quoi les éléments?

Infirmière A: Euh les renseignements qu'on a pu obtenir. Voilà, tout ce qui te fait dire que, sur quels points il est important de... de par exemple euh... enfin là c'est pas par rapport à la mort spécifiquement mais euh... par exemple sur des troubles neurologiques, l'examen à l'arrivée. Là ce sont des éléments plus précis qui vont peut être aider à la prise de décision.

Moi: D'accord. Et penses tu que la famille, elle, participe au choix d'arrêter une réanimation?

Infirmière A: Participe au choix? Euh je.... euh je ne pense pas. Ou alors c'est dans la formulation de la question qu'il y a quelque chose qui ne me va peut-être pas...

Moi: La famille, est-ce qu'elle a son mot à dire pour arrêter une réanimation?

Infirmière A: Ben dans ce que... Non et puis euh.... son mot à dire? Et dans l'absolu je dirai... euh pour moi c'est quelque part vital que la famille en soi elle soit dégagée de ça, tu vois ce que je veux dire? Que, euh..., elle a pour moi pas les éléments. Alors après oui il y a cas de figure et cas de figure mais je pense qu'elle n'a pas les éléments nécessaires et

suffisants pour pouvoir prendre une telle décision... Et pour moi ce serait, c'est ... ce serait grave de laisser, alors c'est vrai qu'en même temps c'est pas la famille qui... Bon après comme tu dis c'est "qui participe" donc ce n'est pas elle qui va prendre la décision, "qui participe"... Euh en même temps, j'ai pas moi connu de cas où la famille était participative du choix. D'emblée ce que je t'en dirai, je trouve qu'il y aurait, il y aurait un risque. Pour que même si... euh.... après voilà je trouve qu'il y a quelque chose là dedans, tu vois en fait je suis en train de me dire que ouais... dans le sens... euh ... euh...mais qu'est ce qu'elle en fait après?

Moi: De quoi?

Infirmière A: D'avoir participé à ce choix. Je ne sais pas. Là il y a un truc qui me ... qui me questionne. Je pense qu'il y aurait un truc à aller creuser. Ouais franchement je pense qu'il y a quelque chose à travailler. C'est loin d'être... si clair. Et là, et là dans ce que tu me... proposes eh ben là il y a quelque chose ouais...

Moi: On va passer à la question suivante. Est-ce que tu penses qu'il peut y avoir des difficultés qui peuvent conduire à l'acharnement thérapeutique dans les situations d'urgence?

Infirmière A: Euh je pense que... Encore une fois, euh... Peut-être qu'en présence de l'entourage, euh... En présence de l'entourage, de la famille, c'est peut être plus compliqué... plus compliqué qu'en leur présence. Dans le sens que... il y a peut être une pression supplémentaire euh... face à l'énormité de, de... de vivre un arrêt cardiaque par exemple en plein milieu de la famille, avec l'entourage... Et que, euh... et de toute façon je pense que l'acharnement, ... euh il y a des actes à poser, des choses à faire et euh... je pense que voilà que dans la longueur d'une réanimation, dans quelque chose de cet ordre là, euh... peut-être que ça peut être majoré. Et là voilà, par une... par une présence d'une famille qui va être très, très.... revendicatrice, enfin tellement en souffrance à ce moment là, qui va être dans l'inacceptable, dans ce côté qu'on ne peut pas croire, enfin voilà dans ce positionnement d'une famille, d'un entourage qui va être euh... ça peut mettre une certaine pression et euh... euh... à ne pas arrêter, à ne pas..., à aller encore plus loin, voilà... Après, ça je maîtrise pas comment est-ce que le personnel médical le gère et ça je ne peux pas savoir tu vois. Mais d'emblée ça pourrait être ça qui ... qui me fait dire que ça peut engendrer peut-être quelque chose qu'on aurait peut-être pas dans un contexte différent si

on avait été euh... juste entre euh... juste avec le médical, l'équipe de secouristes et voilà. Peut-être que.... C'est ce que ça me fait penser cette question.

Moi: Et du coup après comment tu peux, même si tu n'es pas seule, accompagner l'entourage d'un patient, d'une victime pour connaître ses directives anticipées? Ses souhaits?

Infirmière A: Alors je pense qu'aujourd'hui... euh... c'est encore un peu compliqué d'avoir, d'aller sur ce terrain là parce qu'en fait c'est quelque chose qui... n'est pas très connu donc je pense que c'est euh... au fur et à mesure des années que voilà ça va être ... plus facile de ... c'est pas que ce n'est pas facile ... d'aller sur ce terrain là mais en fait je pense qu'il y a beaucoup de personnes qui ne vont pas être en capacité de répondre... Euh, parce que c'est quelque chose qui est quand même nouveau, qui n'est pas très développé, euh... après, après euh... après dans ça euh... moi je verrais, je chercherai à savoir, pour la personne, quelles étaient ses personnes ressources, quelle était pour la personne euh... est-ce qu'on sait si euh... , si elle avait une personne de confiance qui pourrait peut-être nous aider à..., à connaître ses ... voilà. Donc ce serait d'essayer d'aborder ce sujet par cet intermédiaire là... Est-ce qu'il y a une connaissance de ..., de personne ressource, personne de confiance donc des..., des.... euh des directives anticipées. Mais je trouve que ça c'est un grand mot et j'ai peur que..., que derrière... aujourd'hui on parle de directives anticipées mais j'ai peur que derrière ce soit... vide, aujourd'hui. Mais je pense, mais en effet pour moi c'est quelque chose qui va dans ... dans le personnel, dans les équipes, qu'on va être à même d'aller sur ce registre là voilà ... mais qu'aujourd'hui je pense qu'on risque d'être face à "ben non, je sais pas". Et après qu'est ce qu'on en fait? Et après... Donc, après pour moi, je pense que, euh... c'est quelque chose qui va être à retransmettre aux, je dirai là en intervention ça va être des informations qui doivent être ... , qui sont à recueillir et si tu as des informations à retransmettre au corps médical. Ces informations se confrontent au temps de l'urgence aussi... Deux temps... voilà...

Moi: Dernier item, par rapport à la formation. Es-tu formé à l'accompagnement en fin de vie dans le milieu préhospitalier?

Infirmière A: Ah... dans le milieu préhospitalier... Non... Non, l'accompagnement de fin de vie oui... sur et dans notre formation de base. Euh après au niveau préhospitalier... c'est vrai que non. Et c'est vrai que c'est une ... une interrogation, c'est quelque chose qui

pourrait être intéressant à... à ressortir en fait. Pour qu'on puisse, pour que peut-être y réfléchir et travailler pour que lorsque l'on fait nos formations de base ou de recyclage, euh que ce soit quelque chose qui soit abordé... et qui soit peut-être travaillé, réfléchi. Réfléchi pour... pour sa place. En effet, je pense que alors aujourd'hui, ça n'y est pas mais en effet je pense que ce serait quelque chose qui pourrait être remonté comme information dans le sens où... ça aurait toute sa place pour moi. Ca a toute sa place.

Moi: Tu le ressens comme un manque cette absence de formation?

Infirmière A: Ouais. Du coup c'est un manque pour moi. Et ça aurait toute sa place et d'y réfléchir et d'être proposé.

Moi: Et dans l'accompagnement en préhospitalier est-ce que tu peux retrouver des, des concepts, des choses qui peuvent se retrouver aussi en milieu hospitalier et qu'on apprend aussi dans notre formation ?

Infirmière A: Oui, oui des liens que tu pourrais euh... Ben ce serait le concept de l'écoute quoi. Déjà. D'accompagnement voilà c'est à dire... de présence, de qualité de présence. De qualité de présence à l'instant qui est là, aussi crucial et aussi horrible qu'il soit... euh... je dirai quelque part les concepts sur ça, je dirai il ne faut pas les multiplier quoi... Pour moi, il n'y a pas besoin d'en avoir plein... Voilà c'est qualité de présence, écoute. Euh moi ce serait les deux choses... Ouais... Déjà.

Moi: Merci

RETRANSCRIPTION ENTRETIEN N°2

Mardi 14 avril 2015, 9heures 30.

Infirmier Samu

Durée de l'entretien: 40minutes et 8 secondes

Homme 40ans

Moi: Je vais commencer par de demander de décrire ton parcours professionnel.

Infirmier B: Infirmier diplômé depuis 1996, j'ai commencé par quatre mois de privé je faisais un peu tous les services: services de cardiologie, de médecine interne, digestif, consult, endoscopie... je faisais un peu de tout. Et après je suis allé au CHU en 1997 et j'ai fait 10 ans d'urgences, et au bout de 4 ans j'ai commencé à faire du SMUR. J'étais sur un poste qu'existant pas auparavant, j'étais le premier avec deux autres collègues à tourner entre le samu et les urgences, ce qui n'existait pas avant. J'ai ensuite arrêté pendant 4 ans le Samu, j'ai fait infirmier pompier pour revenir sur le terrain mais au 3SM j'ai fait surtout de la visite médicale. Et je suis revenu au Samu et je suis maintenant fixe au samu depuis 2009.

Moi: Et quelles sont tes horaires de travail ?

Infirmier B: C'est des gardes de 12h de jour comme de nuit donc 8h30-20h30 ou 20h30-8h30 et depuis octobre on a des astreintes sur la troisième équipe qui correspond aux transports secondaires ou transports infirmiers.

Moi: Je vais t'interroger maintenant sur la relation soignant-entourage dans l'urgence, donc pour toi quelle est la place de l'entourage dans les prises en charge en urgence?

Infirmier B: Quelle est la place ? C'est compliqué comme question...C'est très général comme question. Quelle est la place, euh..., c'est la place qu'ils veulent bien prendre. Pour moi l'entourage ça va être surtout la famille... Je n'inclue pas les témoins. Euh... c'est la place qu'ils veulent bien prendre, et qu'on veut bien leur accorder pour rester général. Euh... après je ne sais pas si tu vas en reparler après mais d'une façon générale, en préhospitalier la famille on la... on a pas forcément l'habitude de bien la prendre en charge. Puisque d'abord on est focalisé sur la victime, on lui fait des soins d'urgence. Et.. l'entourage dans un premier temps ça reste un peu compliqué, et dans un second temps

c'est, je ne sais pas si tu te diriges vers ça, mais c'est un peu frustrant parce que quand tu fais une réanimation la personne est vivante donc du coup tu te dépêches d'aller à l'hôpital, dans ce cas-là effectivement la famille, le médecin va la voir pour lui expliquer rapidement ce qui se passe et où est-ce qu'on va ou sinon les choses ont mal tourné, la personne est décédée et du coup la prise en charge avec le Samu se fait sur un temps très court, c'est parfois très intense mais c'est souvent très court parce qu'il faut qu'on se rende disponible derrière. Donc la place de l'entourage c'est compliqué, euh... ça évolue... tu as dû t'en rendre compte en poussant un peu le sujet. Moi j'étais allé à la SFMU, il y a deux ans et justement j'ai été sur une présentation là-dessus justement, justement les mentalités évoluent, et jusqu'à présent, jusqu'à il y a quelques années c'était on ferme la porte et on fait notre réanimation entre nous, ce qui est plutôt sécurisant pour nous mais après c'est vrai que même nous de façon spontanée je pense qu'on a évolué, euh.. on laisse les portes ouvertes et si les gens veulent rester ils peuvent rester.

Moi: Tu as déjà répondu un peu à la question suivante qui est d'après toi, quelles sont les difficultés pour être disponible pour l'entourage ?

Infirmier B: La première difficulté c'est l'urgence de la situation, effectivement c'est une situation très urgente, enfin bon ça dépend des situations d'urgence j'ai envie de distinguer l'arrêt cardiaque des autres situations d'urgences parce que l'arrêt cardiaque c'est quelque chose qui est très codifié pour nous, on technique super rapidement, en moins de dix minutes la personne elle est techniquée, une fois que le patient est perfusé, intubé, ventilé et qu'on a commencé l'adré, c'est facile pour le médecin de se libérer c'est à dire que nous on continue la réa, c'est très protocolisé et donc du coup il peut se rendre disponible pour la famille. Dans un premier temps sur l'arrêt cardiaque ça va être le médecin, nous après en tant qu'infirmier c'est vrai que du coup nous on est dans, dans pousser l'adré toutes les 4 minutes, on est dans la préparation des médicaments si besoin, accompagner les pompiers dans les compressions, la ventilation, avec l'ambulancier et avec une notion d'équipe large j'ai envie de dire. Donc là le médecin nous laisse un peu la responsabilité, il s'occupe de la famille. Après il y a toutes les autres situations d'urgence vitale, où ce n'est pas l'arrêt cardiaque: l'état de choc, le polytraumatisé où la le médecin est obligé de rester car la situation évolue en permanence, et... il y a des prescriptions médicales tandis que sur l'arrêt c'est l'adrénaline, on sait ce qu'on a à faire, on sait qu'il faut choquer si ça fibrille... C'est super protocolisé, après dans les autres situations c'est moins protocolisé, il faut s'adapter donc du coup le médecin ne peut pas se libérer pour aller voir la famille. Donc après c'est

très situation-dépendante et j'ai envie de te dire que l'arrêt cardiaque je mettrais ça de... Donc après pour revenir à ta question, c'est comment se rendre disponible... Après c'est plus facile pour nous, en tant qu'infirmier, de se rendre disponible une fois que la réanimation est terminée, quelle qu'elle soit. Après, encore une fois si c'est une personne qu'on va transporter au CHU, on est obligé de rester auprès du patient donc là c'est vrai que la prise en charge de la famille là on a pas le temps. Mais c'est plus dans l'arrêt cardiaque, on a un... où on a notre place et où j'essaie de prendre... Après c'est, euh je sais pas si c'est dans cette question ou est-ce que tu y reviendras plus tard, mais est-ce que c'est comment on prend en charge quand on laisse la famille avec nous... Moi je suis plutôt pour les laisser, leur proposer. Alors c'est vrai que ça peut être traumatisant de voir les premiers gestes techniques euh... notamment l'intubation, ce qui peut être impressionnant. Quoique. Avec l'expérience maintenant, on se rend compte, enfin je me suis rendu compte que les gens n'étaient pas focalisés sur le geste, ils sont focalisés sur leur proche et ils ne voient pas forcément le geste. Je ne sais même pas s'ils s'en rendent compte finalement. Après chaque situation est différente mais je me suis rendu compte que même quand on arrive, alors après c'est médecin-dépendant, nous au CHU il n'y a pas eu de consensus par rapport à la prise en charge de la famille justement. Elle reste ou elle reste pas. Je pense qu'on est un peu tous sensibilisés au fait que ben justement on réfléchit là-dessus et que ce n'est peut-être pas plus mal qu'ils soient là. Après, euh..., faut savoir proposer aussi c'est à dire que t'arrives sur les lieux, sur la situation, t'as des gens qui vont rester là spontanément, donc avant on avait tendance à dire "il faut sortir", maintenant moi je dis "écoutez on va faire tel geste ou tel geste qui peuvent être impressionnants, vous pouvez sortir vous pouvez rester c'est vous qui voyez."Après les gens qui restent spontanément dehors, on essaie de ne plus fermer les portes, parce qu'avant ça on fermait la porte et du coup c'est vrai que la conférence ça m'a fait un peu ouvrir les yeux, parce que c'est vrai que derrière une porte, en fait, tu t'imagines... T'es dans le... dans l'imaginaire. Tu te demandes ce qu'il peut se passer, donc c'est vrai qu'on laisse les portes ouvertes de façon à entendre et voir ce qu'il se passe. Après moi j'ai cette tendance là. C'est médecin-dépendant mais je pense qu'on tire tous un peu dans ce sens là. Encore une fois il n'y a pas eu de consensus, d'échanges d'équipe par rapport à ça. Moi je suis plus sur cette tendance là, laisser les portes ouvertes et une fois que la personne est techniquée aller voir ne serait-ce que deux minutes la famille en disant "voilà on en est là", bon en général le médecin est passé le premier et si le médecin l'a pas fait je leur propose d'aller, de venir s'ils le souhaitent.

Moi: Pour leur expliquer ?

Infirmier B: Ben leur expliquer, le médecin leur a expliqué la situation. Donc une fois que ça c'est fait, que les choses sont posées, que les gens comprennent que c'est grave s'ils l'ont pas encore compris mais la plupart du temps ils l'ont compris avant qu'on arrive. Ou alors ils le nient mais ils ont bien compris. Donc après je leur propose de venir. Ils disent oui, ils disent non en fait, c'est eux qui choisissent.

Moi: D'accord. Donc les moyens pour prendre en charge l'entourage sont... ?

Infirmier B: Alors moi les moyens que j'utilise c'est j'arrive et si la ou les personnes sont présentes et qu'elles ne sont pas non plus envahissantes car ça peut être compliqué pour nous parce qu'effectivement on a des gestes à faire donc on peut pas aller gérer la panique des gens mais si c'est des gens qui sont là et qui sont plutôt calmes entre guillemets, enfin c'est pas du jugement, mais il faut qu'on puisse travailler aussi. Euh... ce n'est pas toujours évident d'avoir de l'entourage autour de toi. Euh... donc moi voilà je propose je dis "écoutez on va faire tel geste est-ce que ça vous... est-ce que vous voulez rester? Sortir juste le temps qu'on fasse les gestes? S'ils ne sont pas venus spontanément, effectivement une fois que les choses sont faites et que le médecin est allé les voir, alors je leur propose et puis voilà. Après il y a des gens qui supportent pas et qui ne veulent pas venir donc, euh... je pense qu'à la base il faut laisser le choix aux gens. Et ensuite ouais je laisse les portes ouvertes.

Moi: Et d'après toi, est-ce que l'entourage a un rôle de partenaire dans la prise en charge?

Infirmier B: Personne ressource oui. Partenaire euh... je n'irai pas jusque là... Partenaire c'est rentrer dans le soin Donc personne ressource ouais complètement parce qu'on fait la réanimation et en faisant la réanimation.. alors si les gens sont là il faut les tenir au courant au fur et à mesure de ce qu'on fait et pourquoi on le fait et de la gravité de la situation. Pas besoin de long discours hein. Après c'est à nous d'être attentif aussi au comportement, au non-verbal de la personne ce qui peut être difficile ou pas pour elle. Euh... personne ressource oui bien évidemment parce que si elle est à côté de nous en même temps on peut poser des questions, qu'est ce qui s'est passé, le circonstanciel, les antécédents voilà on a ça plus rapidement. Après sans cette personne ressource à côté, le médecin va aller voir la famille quand même pas que pour annoncer la gravité mais pour rechercher des éléments

aussi dont on a besoin. Donc ouais l'entourage est une personne ressource clairement. Partenaire... ça m'est arrivé dans certaines situations. Des situations où on arrive avant les pompiers et où c'est un arrêt cardiaque et la famille a commencé à comprimer. Alors maintenant ça l'est moins, parce qu'on est une équipe à trois, avant sur les départs primaires on était deux et ça m'est arrivé de partir sur un arrêt cardiaque et où c'est le fils qui masse son papa d'un certain âge, le fils adulte et nous on arrive il faut perfuser, il faut ventiler et donc ça m'est déjà arrivé de dire si je sentais la personne capable, et que euh elle faisait des compressions plutôt efficaces, de dire "ca vous ennuie de continuer encore quelques minutes" parce que nous on a besoin... Dans ce cas là oui on l'utilise en tant que partenaire, mais ça fait très longtemps que ça m'est pas arrivé parce qu'on est trois maintenant donc clairement euh ça peut arriver si on arrive les premiers mais bon c'est rare, en fait on arrive et euh.. du coup moi je suis à la perf, le médecin à la ventilation, l'ambulancier va d'abord poser le scope pour ensuite se mettre aux compressions donc après si il y a quelqu'un qui comprime on peut éventuellement le solliciter pour qu'il continue mais sinon dans toute autre situation partenaire je dirais non. Et puis en plus, dans le sens faut que ça reste ... de l'entourage, c'est hyper difficile pour l'après j'imagine, même nous en tant que soignant si ça nous arrive, enfin c'est quelque chose dans lequel on se projette, enfin que je me projette moi si un jour ça m'arrive de prendre en charge après c'est difficile à vivre c'est pas la même approche.

Moi: J'ai déjà la réponse à la question suivante qui était as-tu déjà rencontré des situations de réanimation préhospitalières où l'entourage était présent...

Infirmier B: Oui. Et de plus en plus souvent. Tu me poserais la même question il y a six ou sept ans c'est quelque chose que je n'aurai pas forcément réfléchi. C'est quelque chose que moi personnellement j'ai avancé, je pense qu'on avance tous. Encore une fois sans forcément de consensus ou d'échanges par rapport à ça. Mais justement moi j'essaie d'en parler avec mes collègues et on tend tous vers ça même avec les jeunes médecins ils ne se posent même pas la question quoi. Enfin pour la plupart, les gens sont là on ne les fait pas sortir. Il y a quand même une différence de culture entre nos anciens expérimentés, sans être péjoratif, et jeunes médecins. Ca a évolué entre temps.

Moi: D'accord. Tes réactions envers ces proches lors d'un échec de réanimation?

Infirmier B: Mes réactions à moi?

Moi: Oui. Comment tu réagis face à l'entourage.

Infirmier B: Ben ... j'essaie d'être professionnel. (rires) Euh... ben mes réactions après c'est l'honnêteté de dire ce qui a été fait. Donc en fait on s'aperçoit que c'est beaucoup plus facile l'annonce quand les gens ont là parce qu'ils se sont rendu compte du temps, qu'on a passé du temps, ils se rendent compte de tout ce qu'on a fait et du coup il n'y a plus cet imaginaire et se poser la question "et si?", "et si on avait fait ça?" en ils voient qu'on déploie même s'ils connaissent pas, ils voient qu'on fait plein de gestes, que ça dure, que les pompiers fatiguent à comprimer, qu'on fait des injections, et donc en fait l'annonce elle est déjà là, elle est facile parce qu'ils se rendent compte que du temps passe et puisque nous on les accompagne aussi dans les explications donc du coup la réaction est facile. "Voilà c'est fini". Après voilà il reste à les prendre en charge eux. Sinon après l'annonce quand les gens nous accompagnent pas c'est, c'est le médecin qui la fait. En général, quand on arrête la réanimation on dé-technique. En général moi en tant qu'infirmier je propose au médecin de venir avec lui lors de l'annonce, qu'il se sente à l'aise. Après chaque situation est différente, des fois ils disent "oui", des fois ils disent "comme tu veux" ou bien "non ça va aller"... Je pense que c'est toujours mieux d'aller à deux, déjà quand ils nous voient revenir, parce qu'ils voient que le médecin et là on est deux, on revient à deux et euh... ils comprennent. Ça facilite un peu l'annonce. Euh... et sinon euh ben dans ce cas là je demande à mon collègue ambulancier de dé-techniquer à ma place... et du coup on fait ça à deux. Et les réactions, ben après c'est... c'est de l'empathie quoi. C'est essayer de faire verbaliser les gens.

Moi: Et s'il a lieu et si tu as déjà rencontré ce cas de figure, quelles sont tes réactions si c'est un refus de réanimation?

Infirmier B: Que la famille nous dit: "pas de réanimation"?

Moi: Non mais que vous par exemple vous arrivez sur les lieux et que vous décidez de ne pas entamer de réanimation?

Infirmier B: Alors je pense qu'on ne refuse pas de faire une réanimation, c'est le médecin qui peut prendre la décision de ne pas initier de réanimation et c'est rare. Sincèrement c'est super rare. Euh... ça peut arriver mais d'une manière générale même si au départ on sait que ça ne servira à rien de réanimer, les pompiers initient une réanimation parce qu'ils ont pas le choix à moins qu'ils aient constaté des signes de décès, des raideurs... Donc après moi en

tant que telle, je n'ai aucune décision à prendre. Ce n'est pas de notre ressort, après c'est que le médecin. D'une manière générale, puisque les pompiers ont initié une réanimation, on se donne toujours cinq-dix minutes... ne serait-ce que pour respecter le travail des pompiers, le temps de leur expliquer parce qu'ils ne comprennent pas toujours parce que c'est compliqué eux ils ont déjà un peu pris en charge la famille, ils ont déjà fait une démarche, ils sont en train de comprimer et de ventiler et nous si on arrive et le médecin dit "ben non ça ne sert à rien on arrête tout" ou alors ça peut arriver qu'on le fasse mais faut donner des explications. Et même pour la famille, j'imagine que ça peut être très mal perçu car le Samu il arrive et ils font rien... Il faut vraiment être sûr que la famille ait bien compris... Mais ça arrive qu'on rentre dans la maison et que par exemple le proche nous dit "ben il est mort". C'est super simple là de se dire "ok les gars on arrête". Si tout de suite on sait qu'il y a eu un no-flow de,... je ne sais pas, une demi-heure, trois quarts d'heure, une heure et que la famille te dit "il est mort", bon les pompiers ont pas le choix mais ils sont en capacité de comprendre notamment avec l'expérience. Donc après c'est à nous de... bon après c'est pas moi qui décide, mais des fois quand on est avec des jeunes médecins ou quand on commence, ben on peut leur dire "ça ne sert peut être pas à grand chose"... Mais bon moi dans l'absolu je me dis "ben on fait, on fait", ça ne coûte rien. Moi je suis pour faire même si je sais que ça ne sert à rien, mais pour la famille ça sert toujours à quelque chose. On se dit au moins on s'est donné tous les moyens, y'aura pas toujours après une fois que nous on part qu'ils puissent se dire "et si ils avaient fait... et si ils avaient duré plus longtemps...peut-être que". Ca permet d'enlever ce doute. Encore une fois c'est pas moi qui décide.

Moi: Penses-tu, toi, que l'infirmier peut participer au choix d'arrêter une réanimation ?

Infirmier B: Participer... Oui.

Moi: Comment?

Infirmier B: Comment? Ben après ça, euh... ben c'est un terrain un peu dangereux. C'est un terrain un peu dangereux parce que ça sous entend qu'aussi, que euh... en préhospitalier la relation avec le médecin est un peu différente par rapport à l'hôpital. Des fois on a envie de leur suggérer... notamment aux médecins qui n'ont pas beaucoup d'expérience... On leur suggère des choses. Mais ça c'est dangereux parce que si tu te plantes, et tu suggères et qu'il t'écoute euh... C'est un terrain un peu glissant. Faut bien savoir rester à sa place. Après

7

quand le médecin te pose la question "t'en penses quoi?". Donc effectivement on va échanger, on va participer, mais je me dis qu'à partir du moment où le médecin se pose la question c'est qu'il faut continuer... S'il y a un doute, pour moi c'est "on fait". A partir du moment où le médecin échange et demande "t'en penses quoi?, etc.", une fois que... de toute façon, c'est simple quand on parle de l'arrêt cardiorespiratoire il faut le temps de savoir, les circonstances, et puis là on est en train de faire ça fait déjà 5-10 minutes le temps que le médecin il prend en charge la famille et essaie d'avoir les bons éléments, d'être sûr, il faut vraiment être sûr pour ne pas continuer la réanimation sur un arrêt. Après participer... on échange, maintenant moi j'essaie de ne pas être trop, comment dire..., avoir trop d'influence sur la décision du médecin. Parce que c'est un terrain glissant. Après il y a une question de responsabilité aussi. Et y'a l'expérience, justement pour ne pas être sur cette pente un peu glissante où on peut induire de faux éléments, moi ce que je dis quand je vois que le médecin a un doute "ben écoute appelle ton collègue de la régul". Des fois ils n'y pensent pas mais c'est vrai qu'un autre avis médical, même s'ils ne sont pas dans la situation et que des fois ils ne se rendent pas trop compte de la situation quand ils sont au téléphone mais après ça peut être une aide majeure... Tu sais qu'il a tels antécédents, qu'il a tel âge, qu'il y a eu un no-flow de tant de temps etc. ou même dans des décisions de réanimation en dehors de l'arrêt cardiaque par exemple de la traumato où ils savent pas trop, euh... voilà moi je sais que ça m'est arrivé d'arriver sur un gros AVP, choc frontal... Le dernier en date que je me souviens c'était un gros choc frontal entre une VL et un poids-lourd, la voiture détruite, les pompiers je leur demande ils me disent "il y a au moins une heure, une heure et demie de désincarcération" euh ben là je dis au médecin ben "tu sais ce que tu veux faire? Faut qu'on voit si il saigne, comment il est, si il est en état de choc hémorragique la première chose c'est qu'il faut qu'on demande du sang quoi.". Donc voilà c'est des choses où tu peux, euh... l'expérience peut... car on aurait pas forcément penser de se dire faut aller voir en bas si ça ne saigne pas aux pieds parce que c'est le genre de choses que tu ne penses pas, tu n'as pas l'habitude et euh voilà. Sur l'anticipation des choses ouais l'expérience des plus jeunes interagit beaucoup. Après sur des décisions thérapeutiques, c'est beaucoup plus compliqué. Voilà, après tu peux suggérer quand tu sais que voilà des situations où le médecin sur un infarctus, on est à plus de deux heures d'une coro tiens est-ce qu'il n'y a pas une indication de métalyse... C'est quelque chose que tu peux suggérer. "Ah oui tiens tu as peut-être raison.". Après il voit son collègue et voit si on est bien dans le protocole. Voilà. Après c'est vrai qu'on a peut être tendance à interagir plus que dans des services classiques mais après ça peut être dangereux, il faut que ça reste à sa place.

Moi: Et la famille, penses-tu qu'elle participe au choix d'arrêter une réanimation ?

Infirmier B: Non. Ah non, clairement ma réponse non.

Moi: Et du coup pourquoi?

Infirmier B: Parce que, parce que ce n'est pas à eux de prendre la décision. Parce qu'il faut qu'ils puissent vivre avec ça derrière. C'est hyper compliqué de prendre une décision de ne pas réanimer ou d'arrêter une réanimation. C'est quand même une vie humaine que tu as devant toi. Tu ne peux pas demander à la famille la décision de vie ou de mort. Tu leur expliques, tu... tu peux effectivement dans certaines situations, quoique nous ça nous arrive pas mais c'est plus en réanimation quand il faut arrêter, voir ce qu'ils savaient, ce que la personne avait exprimé de son vivant, dans une situation pareille qu'est ce que la personne aurait souhaité... Mais clairement, c'est comme le don d'organes ce n'est pas la famille qui décide.

Moi: Sinon, est-ce que tu penses qu'il y'a des difficultés qui peuvent conduire à de l'acharnement thérapeutique dans ces situations ?

Infirmier B: L'acharnement thérapeutique en préhospitalier... A mon avis, il y en a pas. S'il a lieu c'est après. Nous clairement, euh... on a pas les, les outils, d'ailleurs c'est ce qui nous manque... Ca pourrait être assimilé à de l'acharnement dans certaines situations, par exemple sur des personnes qui ne sont pas réanimables mais on a pas forcément l'information... On fait. Et on arrive, si le régulateur il n'a pas eu l'information par la famille ou par... et encore que même, même c'est hyper piégeant parce que des fois, ça m'est arrivé que euh...enfin c'était pas une situation de gravité, ça aurait pu mais... et en fait quand on a ramené le patient en réanimation on nous a dit "ben non on avait dit à la famille que dans ce cas il fallait avoir telle ou telle attitude" et là la famille elle a fait complètement l'inverse. Donc c'est hyper compliqué pour nous de prendre des décisions d'arrêt des soins... euh...dans des situations où les personnes ne peuvent, ne sont apparemment pas réanimables. Même quelqu'un qui est grabataire, qu'est ce qu'on fait hein... C'est super compliqué quoi. Ca nous arrive que du coup y'a parfois des heurts quand je sais pas on arrive en réanimation médicale, on a réanimé intubé ventilé une personne qui a 95 ans et que euh... niveau autonomie on ne sait pas trop ou ... mais bon c'est quoi l'acharnement thérapeutique, après c'est je pense beaucoup plus facile de prendre une décision en réanimation, c'est facile d'enlever un tube. Enfin prendre la décision d'arrêter un respirateur

ce n'est pas si simple que ça... Après euh... il peut y avoir un consensus de médecins, un entretien avec la famille, nous matériellement ce n'est pas possible. Et puis on a pas toutes les données pour... L'acharnement, à mon avis on en fait pas, pas en préhospitalier. Parce que même, on a même tendance des fois à pas trop réanimer alors qu'on devrait peut-être. Après c'est difficile de l'évaluer y'a pas d'études là-dessus mais est-ce que des fois on ne devrait pas en faire plus quoi... Mais bon euh... après voilà quoi par acharnement thérapeutique est-ce que, est-ce que tu sous entends aussi euh... euh... je sais pas moi quelqu'un qui a un no-flow d'un quart d'heure, qui est jeune, qu'a un cœur sain et qu'on va réanimer du coup. Mais on sait qu'au niveau neurologique il, il va probablement être séquellaire et qu'effectivement on va le réanimer, le cœur va repartir et puis c'est quelqu'un qui va être dans un état végétatif après, est-ce que c'est de l'acharnement? Je ne sais pas. Je ne sais pas parce que dans ce cas là on ne fait plus de départs. Donc pour moi ce n'est pas de l'acharnement thérapeutique. Acharnement thérapeutique c'est quand tu sais que, que tu as toutes les données, que la situation est désespérée et tu continues quand même à induire des traitements. Enfin moi c'est la définition que j'en ai je ne sais pas si c'est forcément la plus précise donc je ne peux pas dire que nous on fait de l'acharnement. Même si des fois on nous le dit mais entre le préhospitalier et l'hospitalier il y a quand même une marge. C'est pas tout à fait la même chose.

Moi: Et du coup est-ce qu'on peut parler aussi des directives anticipées, les souhaits du patient est-ce qu'on peut les savoir ? En parler? La famille peut-elle nous les confier?

Infirmier B: Alors euh... il y a au niveau de la régulation ils ont un cahier avec euh... les gens qui ne veulent pas être réanimés, comment ça s'appelle euh... ça porte un nom. Ils ont une notion. La liste des gens qui ne veulent pas..

Moi: Les DNR (do not resuscitate) ou NPR (ne pas réanimer) c'est ça ?

Infirmier B: Oui voilà. Ca doit être ça. Je sais qu'ils ont cette notion là. Après est-ce qu'ils, je pense qu'informatiquement ils ne doivent pas avoir le lien, il faudrait redemander. Il doit être consulté régulièrement pour connaître les noms. Euh... mais sinon les infos on en a pas... Sauf si la famille le dit au médecin régulateur quand elle appelle. Euh... après il y a des situations où on le savait, on partait en fait plus pour la famille parce que c'était quelqu'un de jeune qui mourrait mais, enfin qui était mort, mais voilà c'était la famille qui ne savait plus quoi faire au dernier moment alors que c'était prévu. Donc voilà, alors je sais

qu'à un moment donné il y avait un projet d'informatisation des SMUR et euh donc nous dans notre demande j'ai fait parti du groupe projet, c'était régional. Notre demande c'était un système informatique de tablettes qu'on aurait dans les véhicules pour qu'on ait accès au dossier patient. Là effectivement ce serait l'idéal, tu as le temps de consulter le dossier patient et t'aurais plusieurs infos par informatique. Et ce serait beaucoup plus simple... plus simple de savoir. Et encore que. Parce qu'on a qu'un seul médecin sur place donc c'est compliqué, donc euh les directives anticipées je dirai au compte gouttes par rapport à la situation, par rapport à ce que la famille veut bien nous dire, ou quand notre médecin régulateur sait que c'est quelqu'un qui a déjà été hospitalisé, que c'est quelqu'un qui est déjà passé par la réanimation. Ca dépend de ce que dit la famille, je sais pas moi si tu pars sur, je sais pas, euh... un détresse respiratoire importante sur à priori un problème cardiaque c'est quelqu'un où la famille peut nous transmettre... Bah là qu'est ce que euh... déjà du coup le médecin lui a accès au dossier informatique du patient. Mais quand il a le temps. Car parfois ils ont beaucoup d'appels. Voire ils peuvent appeler le service de réanimation où il était si besoin ou neuro je n'en sais rien pour euh... déjà avoir des données et qu'on les obtienne. Donc il y a moyens d'en avoir des infos mais encore une fois c'est au compte goutte. Ce n'est pas ce qu'il y a de plus fréquent. On essaie, on tend d'aller vers ça mais ... mais c'est pas simple. Mais normalement à partir du moment où si la personne est en soins palliatifs chez elle, les choses sont organisées... Mais on ne le sait pas... Mais c'est une situation où on est pas sensés être au départ parce que logiquement sur du soin palliatif à domicile les gens n'ont pas à faire le 15. Mais c'est pas fréquent. Moi je me souviens mais ça date, c'était un jeune de quinze ans alors voilà au dernier moment la famille a fait le 15 mais on est arrivés... on a même pas eu besoin de parler, voilà même au téléphone dès l'appel on le savait mais on nous envoie parce que c'est compliqué pour eux quoi. Donc là on a eu l'information cette fois là. Mais j'ai pas beaucoup de souvenirs où on arrive sur du soin palliatif. Ca arrive mais bon après quand tu arrives tu vois le lit médicalisé, tu vois les piluliers, tu as très vite l'information. Tu poses deux, trois questions et la famille te dis "ben oui il a un cancer...".

Moi: Dernière question, toi est-ce que tu es formé à l'accompagnement des proches dans le milieu préhospitalier ?

Infirmier B: Non. Non...

Moi: Tu considères ça comme un manque?

Infirmier B: Oui. Ouais. Oui c'est un... manque. Euh... Un manque de consensus dans l'équipe. Moi je sais que personnellement j'ai avancé de ce côté là, c'est quelque chose où je ne suis pas, comment dire..., mal à l'aise. Euh... quand tu choisis le préhospitalier, quelque part c'est pour te protéger. Ouais. Donc je sais que j'ai des collègues qui ne sont pas enclins à faire ça. Ce n'est pas ce qu'ils recherchent dans le préhospitalier. La prise en charge de la famille... euh ils sont là pour faire de la technique. C'est, euh... c'est facile de se protéger en préhospitalier. C'est des gens à qui tu n'as jamais parlé, c'est facile de prendre de la distance. Euh... moi je ne suis pas du tout dans cette optique là, moi j'ai besoin de relations humaines. Euh à un moment donné je pensais éventuellement à un projet IADE mais je me dis que ça ne va pas me convenir parce que je ne vais pas parler à mes patients. Donc non moi je suis plutôt enclin au relationnel et euh... poser une perf ça maintenant ce n'est pas ce que je trouve le plus intéressant. C'est la prise en charge de la famille. Donc ouais j'aimerais bien être formé là-dessus c'est pour ça que j'ai été à des conférences d'ailleurs. J'ai trouvé ça super intéressant. Et ce serait bien qu'on ait une réflexion de service, je ne pense pas qu'on soit mûrs au niveau du Samu là-dessus. Je me rends compte que les pratiques évoluent mais après le problème c'est qu'on ne sait pas comment nos collègues infirmiers travaillent. Donc ouais ouais une formation ce serait bien. J'ai eu de la chance quand j'étais aux urgences car il y avait les infirmières psychiatriques de l'UPAP, j'ai vécu un peu des situations difficiles où c'était moi qui annonçait des décès et je ne savais pas comment faire et on a discuté longtemps après avec une infirmière psy et elle m'a donné plein d'informations et ça a été enrichissant pour moi et de savoir quoi faire lors d'une annonce. Je sais vers quoi aller sans être formé, je me sens plutôt à l'aise et c'est une partie de mon boulot que je trouve bien plus valorisante que de poser une perf ou de poser de l'adré. Euh... après voilà le préhospitalier d'un côté c'est bien pour se protéger, d'un autre côté pour moi c'est frustrant car t'as pas le temps matériel et d'être avec la famille de façon optimale parce que tu as toujours cette notion de se rendre disponible plutôt rapidement. Il y a quelques situations où on ne se met pas disponible parce que clairement il faut qu'on soit là mais voilà moi je sais qu'il y a plein de choses que je fais lors de l'annonce d'un décès, faire verbaliser les gens, expliquer comment ça va se passer, installer le patient dans le lit de façon correcte avec l'ensemble de l'équipe, appeler les pompes funèbres ça soulage la famille, finalement par des petits moyens qui nous semblent, euh... qui nous semblent dérisoires en fait je pense que ça apporte beaucoup à la

famille. Donc ouais une formation en plus ce serait bien mais après voilà le problème c'est le facteur temps, c'est limité. Et faut qu'on sache faire le lien avec l'hôpital quoi. Il faut savoir, il y a des situations où on a carrément contacté l'UPAP pour organiser des choses pour que les gens soient pris en charge derrière. Des situations dramatiques inhabituelles. Voilà c'est des choses qui peuvent être faites, avec la mise en place de groupes de paroles rapides, il y a des choses quand même à mettre en place.

Moi: Merci

RETRANSCRIPTION ENTRETIEN N°3

Infirmier Samu et Infirmier sapeur-pompier

Mercredi 22 avril 2015, 20 heures

Durée de l'entretien: 21 minutes et 58 secondes

Homme 37 ans

Moi: Pourrais-tu me parler de ton expérience professionnelle, depuis quand tu es diplômé et depuis quand tu exerces dans le préhospitalier ?

Infirmier C: Oui. je suis diplômé de 2000, promotion de 1997-2000. J'ai fait mon parcours professionnel, en ayant eu mon diplôme j'ai été six mois en soins intensifs de cardiologie et à peu près deux ans euh aux urgences puis ensuite pendant six mois j'ai été sur un poste mi-temps urgences mi temps en Samu et depuis 2002-2003, maintenant douze ans je suis sur le SMUR à plein temps et sur l'autre versant non professionnel, extra professionnel donc ISP depuis 2005 donc ça fait maintenant dix ans. Et je suis maintenant responsable d'un groupement en tant qu'ISP.

Moi: La première question, selon toi, quelle est la place de l'entourage lors des prises en charge en urgence préhospitalière ?

Infirmier C: Donc, euh... la place de l'entourage hein ?

Moi: Oui oui.

Infirmier C: Donc pour moi la place de l'entourage est relativement prépondérante. Après donc c'est aussi peut-être fonction de l'âge de la victime parce que bon c'est vrai que, comment dire, pour l'enfant ça me semble quelque chose d'essentiel hein. La place de l'entourage c'est vrai que c'est plutôt quelque chose de facilitateur et d'aidant dans, dans la prise en charge de la victime. Et bien sûr la place de l'entourage; même pour l'adulte semble quelque chose de, quelque chose d'important hein. Donc voilà, c'est plutôt dans ce sens là. C'est vraiment prise en charge de la place de l'entourage peu importe le type de situation ?

Moi: Oui pour le moment.

Infirmier C: D'accord, ok.

Moi: Il découle une deuxième question sur la place de l'entourage c'est selon toi quelles peuvent être les difficultés qui permettent de ne pas être assez disponible pour l'entourage ?

Infirmier C: Les difficultés... Alors en préhospitalier, essentiellement c'est le côté technique, c'est vrai qu'en premier lieu malheureusement et malgré tout on va d'abord se focaliser et c'est inéluctable sur le côté technique pour essayer de cerner tout ce qui va être détresse et c'est vrai que le mode de fonctionnement préhospitalier est surtout, et moi personnellement c'est celui auquel j'adhère, de se dire que toute situation est urgente et en fonction de l'évaluation et du bilan qu'on va en faire, on va se dire ça passe du "urgent" à "moins urgent" et "à non urgent". Et euh... sur ce ratio urgent/non urgent la quantité d'actes techniques va être plus ou moins importante si tu vois ce que je veux dire. Et c'est vrai que malheureusement donc nous on a quand même une grande chance au Smur (*cite le nom de la ville*) c'est d'être à trois. Infirmier, médecin et ambulancier et je néglige pas l'équipe secouriste qui peut être soit des ambulanciers privés soit trois à quatre sapeurs-pompiers mais c'est vrai que si on se cible uniquement sur l'équipe médicale et paramédicale nous ne sommes que trois donc c'est vrai que là c'est, c'est assez difficile donc on va dire des actes techniques à réaliser vont empiéter sur le côté relationnel avec la famille mais bon comme je te disais dans ta première question, c'est quelque chose d'essentiel et petit à petit un des membres de l'équipe va se détacher de euh... comment dire, de la prise en charge pour ensuite aller voir la famille et c'est souvent, chez nous c'est souvent le médecin. Si je fais le corollaire avec le côté ISP, moi j'ai le même mode de fonctionnement, je me dis d'abord c'est grave, j'évalue cette notion de gravité et bien sûr je questionne la famille je ne l'occulte pas complètement mais bon sur des choses qui sont différentes du bilan antécédents, traitements, circonstanciel parce que tout ça j'en ai besoin et on en a besoin lors de la prise en charge, comment dire, après nous allons voir, nous allons voir la famille donc je dirai les actes techniques à faire en premier euh... peuvent gêner le relationnel. C'est typique au préhospitalier parce que les prises en charge sont courtes.

Moi: Et d'après toi, quels moyens existent pour prendre en charge justement l'entourage ?

Infirmier C: Ouais. Qu'est ce qu'on peut apporter? Quels seraient les outils pour aider euh..., les outils nécessaires... Les outils ben éventuellement travailler en délégation avec les autres membres de l'équipe c'est ce que je vois, c'est vrai qu'entre le mot collaborer et

déléguer j'ai toujours une petite difficulté à les distinguer, mais avec le collègue ambulancier par exemple pour que ce soit lui qui aille prendre les informations ou inversement le médecin avec l'ambulancier s'occupent de la victime et l'infirmier y va ou peuvent être utilisées les compétences de nos collègues secouristes. Donc on va dire que c'est le mode de travail par délégation. Moi je, à brûle-pourpoint, sans préparer des choses c'est plutôt ça. Après d'autres outils, ben euh... l'expérience, euh... le fait de, comment dire..., de maîtriser un petit peu plus je pense la prise en charge préhospitalière te permet d'aller et d'être plus efficace sur certaines choses et gagner du temps pour..., pour prendre en charge la famille. Collaborer et déléguer pour dégager du temps.

Moi: Et pour toi est-ce que l'entourage a un rôle de partenaire dans la prise en charge?

Infirmier C: Oui. Ouais. Euh... essentiel pour l'enfant, essentiel pour mettre en confiance hein. Pour mettre en confiance l'enfant, sa prise en charge. Euh... c'est vrai que des fois à contrario mais c'est relativement rare, c'est des fois pas facilitateur parce que l'enfant après, ayant peut-être peur de nous, peur de ce qui va se passer, ira vers ses parents mais en règle général les parents sont plutôt aidants, facilitants, améliorant les choses et apaisant l'enfant. Pour l'adulte, bien sûr comme on prend en charge les gens chez eux on ne peut pas exclure la famille et la famille est là pour tout ça qui va être circonstanciel, antécédents, traitements, éléments de... de prise en charge. Ça va être quelque chose d'important. Même aussi pour décider la victime, parfois les choses ne se font pas aussi facilement que ça, la famille est franchement facilitateur pour prendre certaines décisions, aider, pousser, conseiller donc c'est quelque chose d'important.

Moi: Donc là on parle plus de victimes conscientes mais si on parle de personnes inconscientes, lors de réanimations ?

Infirmier C: Oui. Donc euh.. bon. Euh voilà dans ces types là, la famille là va plutôt avoir besoin d'éléments étant donné que la victime est inconsciente, l'idée va être de les informer, de les conseiller, de jouer pédagogie pour leur expliquer ce qui est en train de se passer, de se dérouler. Et bien sûr si la victime est inconsciente, j'en reviens à ce que je t'ai dit initialement, c'est l'entourage qui nous donnera les éléments importants sur le mode de vie, ce qui s'est passé et tout. Donc voilà, toujours... comment dire... ces infos.

Moi: Tu as déjà réalisé des réanimations préhospitalières où l'entourage était présent?

Infirmier C: Oui tout à fait. Et voire même il y a l'idée peut-être est-ce que l'entourage reste ? Est-ce qu'il reste pas ? Oui, on leur demande. Si l'entourage veut rester on leur interdit pas de rester parfois dans un processus de deuil. Alors après tout le monde voit si ben la fin est inéluctable, après c'est pas parce que l'on fait une réa que les gens vont mourir (rires). Mais c'est vrai que des fois, pour certaines personnes, des études ont été faites là dessus, ça montre que pour certaines personnes ça... déjà les gens mettent un pied dans leur processus de deuil et ça peut, ça peut améliorer les choses. Je t'avoue qu'au début moi-même j'ai été surpris de ça, de voir les gens en face de nous à rester comme ça mais au fur et à mesure du temps je me suis dit, j'y ai réfléchi et c'est vrai que oui dans les expériences des interventions faisant que, oui ça peut très certainement faciliter les choses mais si les gens ne veulent pas on ne les force surtout pas. C'est de leur propre euh... chef. L'accompagnement, si en règle général et surtout sur des arrêts cardio-respiratoire et des choses comme ça on essaie de travailler en plusieurs phases avec le médecin. Une première phase où on débute la réanimation, euh... la réanimation se continue pendant le temps nécessaire. Deuxième phase où on essaie de voir un petit peu comment ça se passe, si on voit que les choses ne s'améliorent pas, souvent le médecin se détache et commence à expliquer que les choses vont être très certainement compliquées, plutôt péjoratives. Tout ça pour justement pour que les gens, pendant quelques minutes et c'est le problème du préhospitalier puisse déjà se préparer à une réponse qui sera plutôt vers, vers le décès de la victime. Donc on travaille en plusieurs étapes, pour ... communiquer. Sinon sur des réanimations standards non incluses dans un arrêt cardio-respiratoire, on débute donc la réanimation, l'intubation, etc. puis on explique souvent à la fin lorsque l'on va partir, le plus souvent sauf si la famille a voulu rester, un petit peu ce qui s'est passé, l'ébauche du pronostic parce qu'on n'est jamais sûrs de nous et un petit peu ou on va emmener le patient et ce qui va être fait.

Moi: Quelles sont toi tes réactions envers ces proches lors d'un échec de réanimation?

Infirmier C: Bien sûr tout en sachant que l'échec, la mort n'est pas considéré comme un échec étant donné que c'est multifactoriel. Comment dire... on explique... Euh, est-ce que tu peux reformuler ta question, je suis parti ailleurs...

Moi: Comment tu réagis quand la réanimation est un échec ?

Infirmier C: Oui. Voilà. Donc d'expliquer à la famille quand on est venus comment était la victime, ce qu'on a fait, ce qu'on a pensé, quel pouvait en être le diagnostic et pourquoi, pourquoi il est décédé, expliquer un peu les choses en regard des éléments que nous on a pu avoir mais c'est vrai que malheureusement la victime on la connaît que depuis quelques minutes hein et donc c'est souvent difficile donc on se rattache souvent à des faits pour expliquer, pour que les gens puissent mettre des mots un petit peu sur euh... sur le décès. Pourquoi il est décédé, quelles en ont été les circonstances, qu'elles en ont été les causes. Hein, après c'est vrai on dit souvent que les gens ont du mal, ont du mal à entendre dans ces moments là parce que c'est traumatisant, brutal d'autant plus si ça s'inclue dans une mort traumatique. Hein c'est vrai qu'ils ne s'attendaient pas à ce qu'aujourd'hui ça arrive contrairement à des fois où ça s'inclue dans une pathologie chronique longue où là ben euh... peut-être que des fois les gens sont un petit peu préparés psychologiquement tout en se disant que ils ont des fois toujours un espoir que ça puisse se prolonger, on leur explique, on voit si les gens comprennent, adhèrent et c'est pas toujours le cas mais on leur dit aussi qu'on est toujours disponible au centre 15, après si ils veulent rappeler pour, on le fait toujours à chaque fois, voir si souvent dans la nuit ou le lendemain ça reste souvent dans les tranches horaires où on est encore là, si les gens veulent avoir des réponses ou nous rappeler c'est souvent comme ça qu'on procède.

Moi: D'accord et il y a des gens qui rappellent ?

Infirmier C: Ca arrive parfois. Ca arrive parfois je veux pas dire souvent mais parfois. Parce qu'ils ont pas entendu, parce qu'ils ont pas compris, parce que... Et on comprend que voilà dans, je veux dire ils sont tellement choqués par le décès de leur proche d'autant plus je te disais si c'est traumatique, si c'est par exemple un suicide parce que bon des fois ils sont tellement choqués par ça qu'ils n'ont pas tout compris. Donc c'est des fois un tiers de l'entourage, quelqu'un d'autre qui appelle.

Moi: La prochaine question, c'est la même mais c'est quelles sont tes réactions mais lors d'un refus de réanimation ?

Infirmier C: Lors d'un refus de réanimation ? Euh... refus de réanimation. On en a eu mais ça s'inclue toujours dans, et de mes expériences, toujours inclue dans, comment dire..., quelque chose déjà de vu avec la famille, vu avec l'HAD, l'hospitalisation à domicile et

souvent on se demandait même pourquoi la famille nous avait appelé étant donné qu'en règle générale ceci était notifié dans le dossier. Refus de réanimation ça a été très rare, c'est plutôt remettre les mots avec les gens sur le fait d'une demande d'un refus. Tout est bien mis en place à domicile, il y a une hospitalisation à domicile, il y a des soins de confort voire des soins palliatifs à domicile et on a été appelé pour une détresse respiratoire, de la conscience, etc. et on arrive sur les lieux et on constate que tout a déjà été mis en place mais les gens, je ne sais pas, ne s'attendaient pas, n'ont pas, pour eux ce n'était pas concret ça fait tellement longtemps que le patient est en soins palliatifs qu'ils ne s'attendent pas que ce soit ce soir, ce jour-là et donc voilà. Le refus en soi on l'a jamais eu bien au contraire mais quand on l'a eu c'était ça.

Moi: Et est-ce que tu penses que l'infirmier participe au choix d'arrêter une réanimation ?

Infirmier C: Euh... on fait partie de l'équipe médicale et paramédicale. Euh... on nous demande, c'est plutôt souvent quand on arrête la réanimation, le médecin nous dit "tu es d'accord?, est-ce que...?" voilà, on fait partie donc la réponse est collégiale même si on est qu'à trois voire même le quatrième on pourra dire que ce sont les secouristes qu'on ne néglige pas et à qui on demande si tout le monde est d'accord après le temps nécessaire pour la réanimation quoi. La réponse de l'infirmier fait aussi partie de ces choses quoi.

Moi: D'accord. Et la famille, elle participe au choix d'arrêter une réanimation ?

Infirmier C: On leur demande pas, très rarement on pose la question comme ça. Voilà. Pourquoi ? Parce qu'on peut se dire, quelques années après, quelques mois après, quelques jours après, ils se disent "mais c'est moi qui ai demandé, on aurait peut-être pu continuer". Donc on ne leur demande pas ça. Eventuellement, on peut tourner d'une autre manière les choses en leur expliquant "Vous comprenez que... Vous êtes d'accord avec nous, il n'y aura pas de bénéfice à faire une réanimation, est-ce que vous le comprenez bien ?". Tu vois ce que je veux dire? On le suggère, on ne leur pose pas la question comme ça parce que je pense que ça pourrait être très difficile pour eux de porter ça par la suite. Donc on ne leur demande jamais, on leur demande s'ils sont d'accord, on va faire tout ce qui est nécessaire mais on ne leur demandera jamais la décision finale.

Moi: Penses tu qu'il existe des difficultés qui peuvent conduire à l'acharnement thérapeutique dans les situations de réanimations préhospitalières ?

Infirmier C: Euh...oui je pense que c'est peut-être ouais. Dans mon fort intérieur, je repense à des situations où c'est vrai on pensait que très clairement les choses étaient terminées. Et c'est vrai qu'en préhospitalier on a une place difficile car se dire est-ce qu'on est vraiment dans l'acharnement ? Oui et non, on ne sait pas, on est en préhospitalier, il y a une problématique, on est appelés pour ça. Euh... on est à un instant T si on fait rien là, la personne va mourir. L'acharnement moi je pense va débiter lorsque l'on va passer la porte de l'hôpital. C'est pas parce que je contrebalance la responsabilité sur mes collègues, loin de là parce que j'ai été de l'autre côté à l'hôpital, mais on se dit que ouais de continuer avec le patient qu'on leur emmène en voyant les choses comme elles le sont si son état ne s'améliore pas euh... peut-être mais c'est pas à nous d'y répondre en préhospitalier.

Moi: Et pourquoi parfois vous continueriez à réanimer plus que d'autres fois ?

Infirmier C: Je ne pense pas qu'on le fasse. Je ne pense pas, et j'espère pas. J'espère qu'on ne fait pas de l'acharnement pour de l'acharnement. Je ne pense pas que ce soit ça mais bon après on peut toujours aussi se dire "ouais mais on peut peut-être améliorer, oui mais on peut peut-être trouver quelque chose, oui mais aujourd'hui à ce moment là euh... peut-être pas mais on va peut-être découvrir quelque chose qui va améliorer les choses" donc euh... je pense que oui des fois il y a de l'acharnement thérapeutique c'est certain mais mon parcours de réanimation, j'entend réanimation à l'hôpital, n'est pas suffisamment important pour me dire et me rendre compte s'il y a vraiment de l'acharnement en réanimation. Mais je me dis des fois, vu les patients qu'on emmène et tu as du certainement le voir au déchocage ou ailleurs, tu te dis de continuer les choses dans l'état où est le patient ça va très certainement être proche de l'acharnement. Mais on ne sait jamais.

Moi: Et je vais parler un peu des directives anticipées. Comment tu accompagnes l'entourage d'un patient en cours de réanimation préhospitalière pour connaître ses directives anticipées?

Infirmier C: Euh... redis moi... Euh... je peux lire la question ?

Moi: Oui

Infirmier C: Donc les directives anticipées. Donc ce que voulait le patient en tant que tel. Nous on va, on va les suivre, je veux dire on va demander à la famille, alors après la famille des fois je pense peut changer de discours, du discours du patient. Je ne veux pas dire qu'ils vont nous mentir mais nous on va plutôt aller dans le sens où on cherche à faire une réanimation sauf si très clairement dans un dossier, quelque chose est noté, ça c'est basique. En préhospitalier, c'est à dire nous on va demander à la famille qu'est ce qu'aurait voulu le patient et c'est souvent sur les prélèvements d'organes sur cœur arrêté mais ce qui n'a rien à voir où là justement on demande voilà ce qu'aurait voulu le patient. Après on sait très bien qu'il y a un filtre qui est la famille. Filtre qui peut clairement nous donner des informations réelles voire parfois rajouter de l'affect, rajouter ses envies qui vont parasiter ce qu'aurait vraiment voulu le patient. Nous on va demander à la famille ce qu'aurait voulu très clairement le patient. On est toujours à demander les choses sauf si clairement ça a été noté dans un dossier avec une réponse collégiale voire parfois aussi on appelle nos collègues de réanimation si on sait clairement que le patient est déjà connu de l'établissement. L'infirmier peut aborder ces questions là. Des fois si c'est moi qui me détache pour demander oui, je t'avouerai que la majeure partie du temps étant donné qu'on est plus focalisés sur les actes techniques à continuer c'est quand même beaucoup plus souvent le médecin mais après si l'info passe mal c'est souvent ça, si ça passe mal avec un membre de l'équipe, on hésite pas à passer le relai.

Moi: Et du coup, est-ce que tu es formé à l'accompagnement de l'entourage dans le milieu préhospitalier ?

Infirmier C: Non non, je t'avoue qu'on a pas eu de formations. On a eu des formations sur le deuil, l'approche du deuil, de la mort mais très clairement sur ce point non. Il n'y a pas eu de formations. Je sais qu'au niveau institutionnel c'est proposé, au niveau du Samu non donc à nous de faire la démarche mais je ne l'ai pas faite.

Moi: Tu penses que c'est un manque ?

Infirmier C: Oui je pense que ça peut être quelque chose de, de très intéressant ouais. C'est certain pour avoir je pense avoir une meilleure approche. Bon après souvent, et malheureusement sur toutes ces formations je les connais pas mais j'ai été à de nombreuses formations sur la mort etc., c'est souvent projeté sur des processus longs d'accompagnement. Nous, malheureusement, on a pas le temps de mettre en place tous les outils qu'on nous donne. qui sont au long cours et non pas sur des périodes traumatisantes

et rapides hein. Donc euh... on essaie de, comment dire, de ne pas faire de l'accompagnement de comptoir ou à la va vite (rires), moi je les appelle comme ça, mais où on commence quelque chose et on lâche tout à la fin et les gens ont commencé à prendre confiance en nous mais on leur dit "oui mais maintenant notre mission est terminée". Ils nous ont déjà livré des choses donc... souvent sur ces formations là elles sont rarement adaptées au milieu préhospitalier. Et souvent... ces psychologues et psychiatres n'ont pas touché à l'urgence préhospitalière. Donc il y a des CUMP¹, il y a des gens formés sur Nantes, sur Paris, etc. mais malheureusement il faut aller les chercher.

Moi: Merci

¹ Cellule d'urgence médico-psychologique

RETRANSCRIPTION ENTRETIEN N°4

Infirmier réalisant des gardes en préhospitalier et infirmier en secteur salle de surveillance post interventionnelle et déchocage

Jeudi 23 avril 2015, 20 heures 30.

Durée de l'entretien: 31 minutes et 16 secondes

Homme 32 ans

Moi: Je vais commencer par te demander depuis quand tu es diplômé, ton parcours professionnel, ton expérience dans le préhospitalier ?

Infirmier D: Je suis infirmier depuis 2006. Un an et demi aux urgences du CHU de (*précise le nom de la ville*) Quatre, cinq ans en réanimation chirurgicale du CHU (*précise le nom de la ville*) où on prend donc la suite des déchocages et quatre, cinq ans au déchocage et salle de réveil des urgences du CHU (*précise le nom de la ville*). J'ai été équipier secouriste et chef d'agrès en extraprofessionnel il y a quelques temps, des stages au SMUR avec l'équivalent tout cumulé de trois mois et de la paramédicalisation, infirmier en paramédicalisation dans le (*précise le département*) depuis huit ans. Ce sont des protocoles du SSSM et SAMU du (*précise le département*).

Moi: Première question, selon toi quelle est la place de l'entourage dans les prises en charge en urgence préhospitalière ?

Infirmier D: C'est extrêmement compliqué la prise en charge de la famille dans l'urgence préhospitalière parce qu'ils attendent beaucoup de nous à un moment où on peut peu leur donner d'informations euh de par la définition de l'urgence. L'urgence vitale ça nécessite beaucoup de temps à côté du patient donc par définition, peu de temps pour la prise en charge de la famille. Maintenant effectivement, il y a beaucoup d'études qui démontrent et développent un petit peu l'intérêt des informations précoces parce que ça fait avancer les familles surtout si on voit que la situation va aller vers, aller vers une dégradation. On fait un pré-travail. Mais c'est très difficile, il y a un temps qui est incompressible auprès du patient, on ne peut pas aller donner des informations parce que comme je dis à chaque fois, tout le temps que l'on passe à expliquer des choses à la famille et bien on est plus auprès du patient et il y a un moment où on ne peut pas aussi important soit-il. Donc c'est très important mais c'est très compliqué, il y a assez souvent juste avant, en préhospitalier, juste avant au départ quand ça se passe bien on va les voir ou quand ça se passe mal, vers

la moitié de la prise en charge il y a le médecin ou des fois l'infirmier parce que le médecin est occupé à faire un geste, l'infirmier qui prépare un médicament peut aller vite fait essayer de prendre un peu la température savoir comment perçoit la famille parce que bon la plupart du temps la famille n'est pas dupe. Ils savent, ils savent comment la situation évolue donc euh... donc voilà. Le déchocage par exemple, c'est un intrahospitalier mais on est dans la même situation par définition. C'est à dire qu'il y a l'urgence vitale, la famille n'a pas vu le patient depuis le départ du SMUR donc on est dans une continuité de la phase préhospitalière. Et euh... rapidement on a des appels du standard, voilà la famille appelle et la plupart du temps on dit "ben on peut pas là, là il est instable". C'est un temps qu'on a du mal à consacrer à la famille même si pour eux ça doit être horrible parce que pendant au moins une heure on leur dit "ben je sais pas attendez, patientez". On voit son mari partir dans une situation comme ça ça doit être atroce.

Moi: Et la deuxième question, c'est quelles sont les difficultés pour être disponible pour l'entourage d'après toi?

Infirmier D: Les disponibilités ben... c'est encore une fois la définition de l'urgence. Il y a l'urgence et il y a énormément de choses à faire dans un temps très court. On part de zéro, le patient est pas perfusé, pas stabilisé, donc il y a tout les médicaments à préparer, à installer. Parallèlement à ça, le médecin fait tout un diagnostic. Le diagnostic ça demande des gestes tels qu'un hémocue par exemple. ça demande du temps médical et paramédical. Donc il y a énormément de choses à faire sur très très peu de temps et là dedans c'est difficile de se détacher parce que quand on parle avec la famille on est plus à perfuser, etc. Donc il y a toujours ce temps incompressible de début de prise en charge. Le frein c'est la technicité, hein. Euh... réelle et nécessaire à l'urgence vitale parce que là on est sur du, du... somatique, du... du concret. Il y a des gestes concrets à faire et là la prise en charge de la famille elle est nécessaire mais ... pas au début de la prise en charge.

Moi: D'après toi quels sont les moyens pour prendre en charge l'entourage dans ces situations là ?

On se positionne sur un profil d'infirmier seul ou avec équipage ?

Moi: Sur ce que toi tu as comme expérience, tu peux mêler les deux.

Infirmier D: Moi. Mon avis. Quels sont les moyens pour prendre en charge l'entourage ? Euh... (silence) leur présence. Leur présence lors de la réanimation si on prend le cas là

2

encore classique de l'arrêt cardiaque, euh... qu'ils soient là. Le moyen c'est qu'ils nous voient travailler. Euh... parce que euh... ils voient qu'on est dans l'action, qu'on s'affaire tous, qu'on est plusieurs à faire énormément de choses pour le mari; pour le fils, etc. Donc pour eux c'est anxiogène parce qu'ils se disent plus il y a de monde, plus il y a de gestes plus c'est grave mais en même temps c'est que euh en face il y a des moyens, il y a des pompiers, ils font plein de choses, ils savent que le Samu c'est important ils font plein de choses, il y a marqué "médecin", il y a marqué "infirmier" dans le dos donc voilà. C'est un moyen de dire voilà il y a le médecin qui s'occupe de la victime. Ca c'est le premier moyen. Et puis, euh... il faut qu'on arrive à juste aller dire un mot vers eux, juste pour dire ben "voilà on s'occupe de lui ne vous inquiétez pas mais dès qu'on a...". Pour leur dire "je sais que vous êtes là, je ne vous oublie pas mais comprenez là je ne peux pas me rendre disponible". Euh... c'est ce qu'on fait. On ne peut pas rester auprès d'eux mais voilà, ils ont eu un premier, un premier contact. Si la situation elle est stabilisée, on peut essayer de donner deux trois informations qui vont aller vers une réassurance. Si on est sur le cas d'un arrêt cardiaque, qui par définition traîne un petit peu donc on a aucun critère pour dire ça va bien au contraire on leur dit ça quoi, on leur dit que ben voilà le cœur est toujours pas reparti, etc. Ca va être des petits mots qu'il faut essayer de trouver mais qui sont pas faciles, euh... voilà.

Moi: Et toi tu penses que l'entourage a un rôle de partenaire dans la prise en charge ?

Infirmier D: Ouais ouais. Euh...

Moi: Et pourquoi ?

Infirmier D: Alors euh... je dirai presque que c'est l'inverse. Euh... c'est plutôt nous qui allons être leur partenaire. Si on prend encore le cas de l'arrêt cardiaque, partenaire dans leur travail. Parce que c'est un moment difficile, très difficile parce que ça allait encore bien il y a dix minutes et maintenant c'est la catastrophe, euh... eux ils sont partenaires parce que oui ils détiennent des informations par exemple dans le cas de l'arrêt cardiaque on a pas de notion du patient, il ne communique pas par définition. Donc eux ils vont être la source d'informations. Le médecin quand c'est le Smur, l'infirmier quand je fais de la paramédicalisation, il faut prendre en charge l'arrêt cardiaque mais il faut connaître en même temps les antécédents du patient, s'il y a eu un no-flow, pas de no-flow, un low-flow, pas de low-flow, etc. Donc toutes ces informations là c'est la famille qui le détient. Donc eux, on a besoin de les avoir à proximité et c'est pour ça que de toute manière on a

3

besoin de les avoir à côté de nous. Puis on va pouvoir échanger deux, trois mots avec eux. Voilà il est dans telle situation, on essaie, on attend le SMUR, etc. En tout cas sur la médicalisation et la paramédicalisation, on a besoin d'eux pour des informations médicales qu'on ne peut pas obtenir par le patient lui-même. Après, euh... je pense que nous aussi euh... il y a un intérêt à ce qu'ils soient présents comme on disait euh... parce que euh... ben parce que le fait qu'ils voient ce qui est fait ça rassure euh... Si on a une mauvaise nouvelle à leur annoncer et si on a fermé la porte ils ont rien vu, ils savent pas et fatalement à ce moment là on en veut à la terre entière. Et ils peuvent en vouloir à lui là qui vient t'annoncer que ton mari est mort. Donc euh... le fait de voir ça participe, ça n'enlèvera pas leur douleur, mais ça participe car "ils ont fait, ils étaient beaucoup c'était grave et euh ils ont essayé mais ça n'a pas marché".

Moi: J'ai la réponse à la question suivante mais je te la pose, toi as tu déjà réalisé des réanimations préhospitalières où l'entourage était présent ?

Infirmier D: Oui. Des arrêts cardiaques. On va prendre un exemple. Un domicile secondaire de vacances, arrêt cardiaque d'un monsieur qui avait une cardiopathie où il avait un défibrillateur il s'est effondré devant sa femme et du coup c'était un tout petit appartement, la femme était dans un coin de la salle à manger parce qu'il n'y avait quasiment pas d'autres pièces, c'était un tout petit truc. Euh... assise et le monsieur en plein milieu de sa salle à manger en train d'être massé, techniqué. Euh... et voilà la situation était compliqué parce que la réanimation a duré, les pompiers sont arrivés en même temps que moi l'infirmier. Le SMUR est arrivé une quinzaine de minutes après donc voilà on l'a transporté euh... sur planche à masser mais dans un contexte euh... c'était sans aucune certitude, c'était même pas dans un critère DDAC; le cadre particulier de l'arrêt cardiaque qu'on transporte dans un but de prélèvement. Voilà c'était euh...bref. Et on a vu que la réanimation elle a duré, il y avait deux temps. Le médecin qui est allé la voir, mais moi le premier arrivé j'ai pris, mais dès que le SMUR est arrivé ils ont commencé à techniquer, et moi je me suis donné le temps, j'ai pris le temps de à ce moment là, de me libérer de certains gestes techniques. On dit que c'est trente minutes normalement de réanimation médicalisée et spécialisée, donc euh à partir du moment où on a débuté la réanimation. Il y avait eu une récupération du rythme. Donc dès qu'il y a une récupération, voilà ça prolonge un peu parce que voilà il récupère. Un arrêt cardiaque par définition c'est une réanimation qui euh... dure.

Moi: Toi tes réactions envers les proches quand il s'avère que la réanimation soit un échec, quelles sont-elles ?

Infirmier D: Mes réactions à moi ? (silence). Je trouve qu'on a une position qui est (silence) plus facile, si on peut dire facile. Parce qu'on est là pour essayer de faire quelque chose. On ne peut que faire mieux pour la personne, on est pas acteurs de ce qui arrive. On est là pour aider donc on ne peut qu'apporter quelque chose. En tout cas moi je le vois comme ça. C'est à dire que je ne tire pas plus de fierté quand ça se passe bien mais en même temps, hormis des situations ponctuelles parce que dans notre expérience on a tous gardé en tête le prénom d'un patient parce que euh... il était proche de notre âge, il aurait pu être notre frère, notre fils, mais dans ces situations de prise en charge d'urgence vitale, par définition tu vois que des situations dramatiques tous les jours, en tout cas une grande partie de la journée euh... il y a que des choses qui sont tristes donc on ne peut pas être impacté à chaque fois donc euh... je le prend pas comme un échec personnel en tout cas. Je n'absorbe pas la peine des gens, je la comprend. L'empathie hein. Je l'entends hein, je fais tout pour l'apaiser mais je l'absorbe pas, je ne suis pas en train de me dire qu'est ce que je sentirai si j'étais à leur place parce que si je me mets à faire ça je ne suis plus dans le soin, je suis dans la tristesse euh... je suis dans l'affect alors qu'à ce moment là on a besoin d'être concentrés sur des gestes précis qui nécessitent de la concentration et ne pas être triste. Je suis là pour apporter quelque chose mais voilà. C'est ma vision du truc et je pense que c'est le meilleur moyen de se protéger, c'est de limiter l'affect. C'est être capable de dire voilà stop je n'essaie pas de m'imaginer et les peu de fois où on se laisse dépasser par les événements parce que ça on ne maîtrise pas, on ne peut pas euh... ben quand on rentre de la garde ben... ben on sait qu'on y repense. Même si on se l'interdit on en parle autour de nous sans citer de nom mais de dire par exemple "tu sais la jeune fille hier renversée, ben c'est moi qui m'en suis occupé", voilà comme moyen d'évacuer voilà. Comment je peux essayer d'apaiser ces proches moi... il faut être factuel, essayer d'expliquer la situation pour recadrer. Euh... moi je suis infirmier donc je ne donne pas de diagnostic mais j'essaie de préparer la famille à recevoir ces informations parce qu'on le sait quand on est en SMUR et que ça fait 45 minutes que le patient est en asystolie et que ça fait deux fois que le médecin dit "bon, ben on continue encore cinq minutes voilà". On sait très bien que ça va potentiellement mal se passer donc on peut aller voir la famille, d'être factuel, expliquer un peu déjà ce qu'on a vu, euh qu'on fait plein de choses, le fait de faire encore une fois ça participe. Euh... euh... les techniques qu'on nous apprend de communication ça va être

euh... de se mettre, à la hauteur, au niveau de la famille aussi bien dans le discours, ne pas utiliser de mots compliqués ça sert à rien c'est de la masturbation de l'esprit de vouloir mettre des mots compliqués, euh mettre des mots simples que tout le monde comprend et si les gens sont assis être assis à côté d'eux, si les gens sont debout et qu'ils veulent rester debout bah être debout à côté d'eux ou alors les inviter à s'asseoir. Etre tous au même niveau, être proches au sens physique du terme pour voilà cette notion de compassion. Euh... mais utiliser des mots simples. Classiquement, en exemple, je sais pas si ça peut te servir, euh... un jour avec un patient décédé, le médecin a dit et explique la situation et dit "ben il est décédé". Il y a un temps d'absorption de l'information et la famille repose une question "donc du coup il va mieux ?" dans la foulée. Ils n'avaient pas compris le mot "décédé". Il est mort quoi. Le mot "mort", il faut utiliser le mot "mort" parce que de toute façon ça ne sert à rien d'essayer de tourner autour du pot, il est décédé ben il est mort. Donc voilà, c'est ça c'est une terminologie, essayer d'utiliser les bons mots. Une douleur à la poitrine c'est pas un infarctus, c'est une douleur à la poitrine pour certaines familles. Là ils ont besoin d'entendre un mot que tout le monde peut comprendre, en fonction de la portée des gens. Il y en a qui comprennent très bien. Tout est dans la portée des mots. C'est important, je me souviens avoir dit à deux parents face à la jeune fille qui s'est fait renversée, polytraumatisée, 20 ans qui sort de la maison pour faire la fête et elle se fait percutée par un mec bourré, lui a rien. Elle décédera dans la suite. Et je me souviens avoir dit "bonne soirée" en partant. C'est pas une bonne soirée pour eux. Pour vouloir leur dire "au revoir" j'ai dit "bonne soirée". Du coup j'ai banni ce mot "bonjour", "bonsoir", ce n'est jamais une bonne soirée pour eux. C'est "bon courage". L'importance des mots.

Moi: Et quand c'est un refus, quelles sont tes réactions envers l'entourage ?

Infirmier D: Refus de réanimation... C'est à dire ?

Moi: Par exemple parce que la mort est avérée et que la famille le perçoit pas ainsi...

Infirmier D: Moi en paramédicalisation ça m'est arrivé d'arriver au domicile d'une dame pour arrêt cardiaque, non massée, euh... non massée par les enfants euh... parce que fin de vie, cancer à domicile c'était prévu, c'était pas sensé être si évident que ça dans un contexte de pathologie terminale de toute manière. Et euh... ils me disent "on veut pas qu'elle soit réanimée". Ben euh... il y a et l'explication médicale, et l'explication de la famille qui est sur place. Je n'ai même pas, je n'y vois pas même pas ma place d'essayer de dire "ben non je ne suis pas d'accord avec vous". Qui je suis, qui on est nous pour...? La famille ça va

peut-être faire un, deux, dix ans qu'ils souffrent par cette dégradation de leur proche donc voilà dans cette situation de maladie chronique, les familles ont un pré-temps pour faire leur, faire leur euh... pas leur deuil mais ils s'y préparent donc voilà. Euh... et le médecin la plupart du temps c'est pareil. La difficulté en préhospitalier d'un c'est que c'est brutal et de deux c'est qu'on a pas ce recul. Donc c'est là où c'est compliqué, on ne sait pas qui il est. C'est souvent brusque. Y'a pas de recul donc euh... voilà si la famille présente décide d'une non-réanimation, c'est une décision qui se prend avec le médecin mais dans tous les cas il y a toujours un premier temps de réanimation qui est réalisé avec les secouristes parce qu'ils n'ont pas, pas ce choix. Mais euh... l'infirmier et le médecin vont arriver, le médecin va dire "scope le, je vais voir la famille, voir ce qu'elle en pense" et rapidement on en vient à... Donc moi ça ne me choque pas du tout, je pense que raison gardée euh... il y a beaucoup de situations où c'est voué à l'échec parce qu'il n'y a pas eu de réanimation pendant dix minutes et que le cerveau est grillé, parce que le patient voilà. Parce que euh... On ne peut pas réanimer tout le monde.

Moi: Et tu penses que l'infirmier participe au choix d'arrêter une réanimation ?

Infirmier D: (silence). Légalement, c'est une décision qui est médicale. L'arrêt d'une réanimation dans le cas de l'arrêt cardiaque ça en revient à déclarer la mort. Déclarer la mort c'est le médecin. Moi de ma propre expérience, que ce soit les réanimateurs du déchocage ou des smuristes, ce sont des gens qui ont une notion d'humanité et d'équipe et même si c'est eux qui vont prendre la décision factuelle, signer le papier, ils nous disent et demandent toujours ce que nous on en pense. Soit on va leur avoir proposé, proposé en disant "ben c'est bon là il faut qu'on arrête" et ils répondent "ben oui tu as raison, je crois qu'on arrête", soit il va dire "on arrête et voilà". Mais il y a toujours un regard, euh... enfin je pense pas que, je pense pas qu'il y ait de confrontations là-dessus qui puissent être euh..., je vois pas pourquoi un infirmier voudrait continuer une réanimation ou alors c'est qu'il a dépassé, qu'il est dans l'affect et il veut pas entendre la réalité mais voilà je pense que la décision elle est médicalement définie mais collégialement validée.

Moi: Et penses-tu que la famille participe, elle, au choix d'arrêter une réanimation ?

Infirmier D: Il y a beaucoup d'études qui montrent que la place de la famille est importante. Dans la mesure du possible, dans toutes les situations ce n'est pas toujours faisable mais voilà. Euh... parce qu'ils sont ... les mieux placés, ils connaissent mieux la situation, la personne et puis finalement quand on est dans une situation où on sait qu'on va vers... vers

une situation dramatique où on sait par exemple pour une personne qu'on pourrait retrouver un rythme cardiaque parce que peut-être qu'il peut reprendre un rythme cardiaque mais étant donné le temps de non perfusion ou de mauvaise perfusion du cerveau, très probablement il y aura des séquelles cognitives. Euh... ça c'est pas à nous de euh... on va pas être égoïstes, si la famille nous dit, on leur explique et nous "dise ben non non s'il repart pas faut pas s'acharner". Donc ils ont évidemment toute leur place et euh... c'est un, un vrai soutien quand ils sont là. Ils ont évidemment leur place. A travers leur... euh... ils sont le reflet de la vie du patient, des derniers moments, est-ce qu'il y avait une pathologie préexistante. Euh... donc voilà et euh parce que c'est à eux qu'on va présenter la situation. Factuelle toujours pareil. Ce n'est pas une simulation, ça va être sur des faits hein. Il n'a pas été massé pendant plusieurs minutes, il y a une mydriase, il y a tout ça, euh... donc euh... oui très clairement quand ils sont là ils sont une source d'informations mais ça reste une source d'informations. On ne peut pas leur questionner la décision, c'est pas, euh..., possible..

Moi: Et d'après toi est-ce qu'il y aurait, dans l'urgence préhospitalière, des difficultés qui peuvent conduire à l'acharnement thérapeutique ?

Infirmier D: La définition du préhospitalier ça veut dire qu'on ne connaît pas le patient, que la famille elle est dans, elle minimise certaines informations parce qu'elle va avoir peur en se disant que des fois s'il était vraiment pas bien avant, peut-être que si elle dit ça on va pas vouloir aller le réanimer, ils vont cacher des informations volontairement ou involontairement. Euh... ou dans le déni, ils ne veulent pas comprendre ce que euh... un témoin lambda comprendrait parce qu'il n'a pas l'affect, pas ce côté "ben c'est mon père je veux pas qu'il parte tout simplement point". Donc euh... oui la famille peut être un frein, de par l'affect justement et la proximité où ils vont cacher, minimiser une situation ou refuser d'entendre ce qu'on pourrait médicalement nous tous comprendre parce que eux "je m'en fous de votre histoire, il n'empêche que c'est mon père et que je veux pas qu'il meure". Et dans de tels cas on est bloqués parce que euh...on va partir de l'exemple d'un arrêt cardiaque où il n'y a pas eu de massage pendant quinze minutes, en arrêt cardiaque, mydriase, quarante-cinq minutes sans reprise de pouls, on sait qu'on va vers une situation qui est plutôt assez mal partie et si la famille dit "ben non non" et qu'on le récupère pas bon le problème... mais si on va le récupérer, on va être coincés on ne pourra pas arrêter. Et on va être obligé de continuer la réanimation. Après sans reprise au bout de quarante-cinq

minutes, ça va être au médecin d'aller discuter avec la famille, de les amener à entendre le décès. Comprendre ce ne sera pas faisable mais entendre.

Moi: Et comment tu accompagnes l'entourage d'un patient pour connaître ses directives anticipées ? Ses souhaits ?

Infirmier D: Ca va être quand le médecin, ou l'infirmier va prendre ce temps pour aller voir la famille. Euh.. pour aller voir... On va leur demander les antécédents et tout ça. Et à ce moment là on va pas trop en parler parce que par les directives anticipées ça va directement les inquiéter donc si on est au premier temps et qu'on a pas trop d'informations mais quand on arrive au temps ben où il va pas bien et qu'on veut les préparer on va leur demander comment il était avant, est-ce que vous savez s'il vous en avait déjà parlé. Est-ce que vous pensez qu'il aurait souhaité qu'on s'acharne, euh... voilà c'est ce genre d'idées, pas forcément de mots mais d'idées qu'il va falloir développer pour dire parce que finalement ce n'est plus lui qui va décider, la décision revient à la famille c'est comme le don d'organes finalement. C'est la famille qui va dire ben je pense qu'il avait dit oui s'il ne s'est pas exprimé de son vivant. C'est un peu la famille qui va devoir prendre la décision même si c'est pas dans le sens factuel, noté des directives anticipées, tracé, documenté. Moi je n'en ai jamais rencontré. Pour en avoir parlé ça peut avoir... euh je ne sais pas dans quel cadre ça rentrerait mais par exemple dans un suicide tout ça il y a ces limites là. Le patient peut dire qu'il ne souhaite pas être réanimé et en fait il n'y avait pas de raison médicale, c'est parce qu'il en avait marre de la vie. Je ne pense pas que ce soit une notion suffisante pour arrêter une réanimation. Donc c'est connu, si des fois c'est dans des processus de cancérologie tout ça là ce sera tout à fait entendu par l'entourage, l'équipe voilà. Si c'est dans le cadre du traumatisme suspect, mort suspecte enfin situation suspecte non ce ne sera pas pris en compte.

Moi: Dernière question, est-ce que toi tu es formé à l'accompagnement de l'entourage dans le milieu préhospitalier ?

Infirmier D: Alors... sur le milieu préhospitalier strictement non. Par contre au déchochage on fait de la formation à l'annonce des diagnostics difficiles ou de la mort. Du coup ça fait un peu le même genre, et là c'est l'extension du préhospitalier où un patient arrive par le SMUR dans un état très compliqué, le médecin du SMUR a déjà préparé le patient mais à partir du moment où ils le transfèrent et qu'ils décident de l'emmener sur un centre hospitalier en espérant que et que la famille arrive oui on fait des mises en situations.

Moi: C'est sur de la simulation alors ?

Infirmier D: Ouais sur de la haute fidélité, on est dans une pièce qui est filmée. Il y a un acteur qui joue le rôle de la famille et puis il y a des participants qui est le médecin et/ou l'infirmier et qui vont annoncer, euh alors là il y avait des cancers, des annonces difficiles mais ça peut être aussi la mort du patient au déchocage. Donc voilà c'est de la simulation haute fidélité parce que l'autre c'est un acteur qui peut et euh... après il y a une retransmission vidéo en direct avec les participants et d'une équipe de psychologues et après on en discute. Alors voilà quelles sont nos attitudes, est-ce qu'on était euh bras croisés ? C'est pas très euh... adapté. Est-ce qu'on était debout ou assis ? Lui était debout la famille assis ce qui renforce moi je suis debout je suis le médecin ou le soignant et toi tu es la victime. Puis on retravaille sur le gestuel, l'attitude, les mots, la compassion, la limite. Euh est-ce que j'étais pas trop... Comment on peut améliorer... parce que ça ne fait pas partie des choses qu'on enseigne. Sur le côté paramédical il y'a l'accompagnement mais on nous dit toujours que ce n'est pas à nous d'annoncer quoi que ce soit, mais malgré tout c'est faux. Parce que quand on va accueillir la femme du, du euh... mari qui vient d'être transporté dans un état gravissime on ne peut pas lui dire "ben je ne peux rien vous dire", c'est inhumain. Je veux dire c'est beau sur un papier mais dans la réalité on ne peut pas, on va être obligé de donner des informations. On est pas obligés de donner un diagnostic mais au moins dire il est bien, il est pas bien, c'est grave, c'est pas grave. Ah oui il y avait ça, on essaie de faire ce qu'on peut et donc voilà il faut être préparé à dire des choses désagréables euh... sous couvert médical. On ne peut pas, on ne peut pas rien dire en disant "je ne peux rien vous dire". Enfin moi, je trouve ça encore plus difficile. Et quand je fais de la paramédicalisation, je suis seul donc il n'y a même pas à se retourner vers le médecin dans l'instant je suis seul je suis bien obligé de dire ce qu'il se passe un minimum. Après tout dépend la famille, c'est toujours pareil. Euh... la famille qui va être sur le patient à côté de toi, sur le patient elle n'est pas à sa juste place mais la famille qui va rester en retrait aussi effrayée soit-elle euh... va pas te gêner. Et il ne faut pas qu'elle nous gêne mais de toute manière c'est nous qui sommes chez eux, donc voilà. Mais il faut qu'elle te laisse ton espace de travail. A partir du moment où elle te laisse ton espace de travail; la famille sait tout à un moment ou à un autre il n'y a rien à cacher. Si on voit que pour la famille ça devient trop difficile, qu'elle est en train de perdre ses moyens ce sont des choses qui arrivent, perte de connaissance, malaise vagal voilà, ou elle devient hystérique, enfin

hystérique n'est pas l'expression mais elle devient... inadaptée, là on la fera sortir. Mais sinon il faut la laisser.

Tableau synthétique d'analyse des entretiens

	Infirmière sapeur-pompier	Infirmier au Samu	Infirmier au Samu et infirmier sapeur-pompier	Infirmier réalisant des gardes en préhospitalier
Professionnel:	INFIRMIERE A	INFIRMIER B	INFIRMIER C	INFIRMIER D
Durée de l'entretien:	22 minutes et 53 secondes	40 minutes et 8 secondes	21 minutes et 58 secondes	31 minutes et 16 secondes
Déterminants socioprofessionnels:	Femme de 42 ans, diplômée depuis 21 ans. Infirmière sapeur-pompier depuis 14 ans. Elle est d'astreinte environ 80 à 100 heures par mois.	Homme de 40 ans, diplômé depuis 19 ans. Infirmier au Samu depuis 2001, a arrêté pendant 4 ans et est à nouveau au Samu depuis 2009. Travaille par des gardes de 12 heures de jour ou de nuit.	Homme de 37 ans; diplômé depuis 15 ans. Infirmier au Samu 12 ans. Infirmier sapeur-pompier depuis dix ans.	Homme de 32 ans. Infirmier depuis 9 ans. 8 ans qu'il réalise des gardes en préhospitalier. Exerce en salle de surveillance post-interventionnelle et déchocage. A réalisé l'équivalent de trois mois de stage en SMUR.
Place laissée à l'entourage:	Importante. Différence quand il y a des interventions avec ou sans l'entourage. Entourage c'est d'une part une ressource et d'autre part une difficulté, un frein. Difficulté de placement de tout le monde, l'entourage freine le travail par sa façon d'être et de voir ce qu'il se passe. C'est une charge en plus	Place que l'entourage veut bien prendre et que l'équipe veut bien accorder. Pas l'habitude de bien prendre en charge la famille. Prise en charge de la famille sur un temps très court, parfois très intense mais c'est frustrant. Famille tenue au courant de l'évolution. Evolution des mentalités sur la place laissée. Plus sécurisant si la	Prépondérante et importante. Dépend aussi de l'âge de la victime. Place de l'entourage aidante et facilitatrice dans la prise en charge.	Extrêmement compliquée. Famille attend beaucoup des intervenants à un moment ou les informations ne peuvent pas être données tout de suite. Temps de l'urgence, urgence vitale demande du temps, lequel est incompressible, auprès du patient. Peu de temps pour l'entourage. Place

		réanimation est faite sans l'entourage mais les gens peuvent rester, éviter de fermer la porte.		très importante mais très compliquée.
Difficultés pour être disponible pour l'entourage:	Entourage c'est quelque chose de plus à gérer. Dit qu'on ne peut pas s'orienter directement vers l'entourage car il y a le patient donc l'entourage n'est pas une priorité.	Urgence de la situation, besoin de techniquer rapidement. Dépend des situations d'urgence : ACR c'est protocolisé donc le médecin plus facilement disponible que si c'est un polytraumatisé. Demande une adaptation à l'état de santé du patient et donc pas le temps de prendre en charge la famille. Laisse la famille avec l'équipe en leur demandant s'ils veulent rester ou non car certains gestes peuvent être très impressionnants. Il faut proposer.	Technique pour cerner et traiter la détresse. Urgence de la situation. En premier c'est gérer la gravité et ensuite le relationnel. Prises en charge en préhospitalier sont courtes.	La définition de l'urgence. Des choses à faire dans un temps très court. Tout à faire. Le frein c'est la technicité. Prise en charge de la famille nécessaire mais pas la priorité.
Moyens pour prendre en charge l'entourage:	Travail en équipe, il y a des hommes et des femmes qui peuvent prendre en charge l'entourage.	Pas de consensus d'équipe. Mais ne pas laisser les portes fermées pour éviter l'imaginaire, entourage peut assister en leur laissant le choix et s'il n'est pas trop envahissant car l'équipe ne peut pas gérer la panique.	Travailler en collaboration. Notion d'équipe. L'expérience et la maîtrise de la technique font gagner du temps pour le relationnel/	Leur présence peut être un moyen de prise en charge. Ils voient les intervenants travailler, être dans l'action. Et savoir dire quelques mots, leur montrer qu'ils ne sont pas oubliés, avoir un

		Leur expliquer la situation, le médecin va les voir.		contact avec eux. Réassurer si la situation s'améliore. Au contraire si c'est péjoratif, leur dire. Pas facile mais il faut essayer.
Entourage considéré comme partenaire dans la prise en charge:	Oui. C'est une ressource pour mieux comprendre la situation et pour aider pendant l'intervention mais difficile de généraliser.	Personne ressource oui mais pas partenaire. Partenaire ce serait entrer dans le soin et ce serait très difficile à gérer pour la famille après. Ressource oui parce qu'il donne des informations sur les circonstances et les antécédents. Fournit des éléments nécessaires.	Oui. Essentiel. On ne peut pas exclure la famille. Ressource pour les antécédents, traitements, circonstances. Donne les éléments importants sur le mode de vie.	Oui. Mais c'est plutôt l'inverse, l'équipe qui va être leur partenaire. Partenaire dans ce moment difficile. Et l'entourage oui parce qu'il détient des informations. Renseigne sur des données à connaître.
Expériences de réanimations préhospitalières avec entourage.	Oui mais pas énormément.	Oui et de plus en plus souvent. Car laisse de plus en plus l'entourage assister à la réanimation.	Oui. Et dit qu'on peut aussi interroger le fait que l'entourage assiste ou non à la prise en charge.	Oui. Cite un exemple.
Réactions envers les proches lors d'un échec de réanimation et accompagnement:	Deux cas de figures: présence du Samu ou non. Pas eu à gérer l'arrêt d'une réanimation sans la présence d'un médecin. C'est surtout le médecin qui prend en charge l'annonce. Dit avoir une présence secondaire, de relai après le médecin pour accompagner. Dit être dans l'écoute, de chercher les	Rester professionnel. Honnêteté de dire ce qui a été fait. Explications. Annonce plus facile quand les proches sont là parce qu'ils se sont rendus compte du temps passé, de la fatigue de l'équipe et donc se posent moins de questions... Empathie et faire verbaliser les gens.	Présence de l'entourage pour entamer processus de deuil. Peuvent rester mais pas forcés. Accompagnement en plusieurs phases avec le médecin qui expliquera les choses au fur et à mesure dès qu'il peut se détacher. Communiquer. La mort n'est pas	Position plutôt facile parce qu'il est là pour essayer de faire des choses, ne peut que faire mieux pour la personne. Pas responsables de ce qui arrive. Situations de transferts possibles, les situations sont dramatiques donc ne peut pas être impacté sans

	<p>besoins et les ressources que la famille pour ne pas les laisser seuls.</p>		<p>considérée comme un échec. Explications des faits. Le « pourquoi » du décès s'il est connu. Les gens ont du mal à entendre dans ces moments-là. Expliquer que l'équipe reste disponible et qu'ils peuvent appeler au centre 15 si besoin.</p>	<p>arrêt. Pas un échec personnel. N'absorbe pas la peine des gens mais l'entend. Empathie. Peut arriver de se laisser dépasser par les évènements. Pour apaiser les proches : être factuel, expliquer et recadrer la situation. Préparer la famille à recevoir des informations. Se mettre à la hauteur de la famille dans l'attitude, la posture et les mots employés. Importance des mots.</p>
<p>Réactions envers les proches lors d'un refus de réanimation et accompagnement:</p>	<p>Exemple de frères et soeurs qui arrivent après avoir été contactés par le maire. <i>Les réactions n'ont pas été abordées...</i></p>	<p>Ne pense pas qu'il y ait des refus de réanimation en préhospitalier. Et ça reste une décision médicale qui est rare. Même si l'équipe sait que ça ne servira pas, il faut poursuivre le travail des pompiers par principe et pour montrer à la famille qu'il y a quelque chose d'entrepris. S'assurer que la famille ait bien compris. Parfois la famille dit que leur proche « est mort » donc cela facilite</p>	<p>Très rare. Arrive quand les gens n'acceptent pas la mort faisant suite à une pathologie chronique malgré les soins palliatifs et de confort en place.</p>	<p>Si la famille refuse, essayer de comprendre et de la suivre.</p>

		les choses. Durée de no-flow donne des indications. Mais réanimer servira toujours à quelque chose, notamment pour la famille. Si doute, il faut tenter quelque chose. Se donner tous les moyens.		
Avis sur le fait que l'infirmier participe ou non au choix d'arrêter une réanimation:	L'infirmier(e) est dans une équipe et peut avoir des informations, des éléments qui aident à la prise de décisions. Mais il faut connaître certains éléments pour prendre cette décision. Dit que la décision n'incombe pas à l'infirmier(e).	L'infirmier(e) peut participer. Relation avec médecin différente qu'à l'hôpital. Peut suggérer notamment aux jeunes médecins mais c'est dangereux, il faut rester à sa place. Infirmier(e) dans l'équipe donc il y a un échange. Suggérer d'appeler médecin régulateur si doute. Expérience.	L'infirmier appartient à une équipe. Fait partie de la réponse. Réponse qui est collégiale.	La décision est légalement médicale. Les médecins ont une notion d'humanité et d'équipe. L'infirmier donne son avis sur ce qu'il en pense. Décision médicalement définie mais collégialement validée.
Avis sur le fait que la famille participe ou non au choix d'arrêter une réanimation:	Ne pense pas que la famille puisse participer à cette décision. La famille doit être délogée de cette décision. La famille n'aurait pas les éléments nécessaires et suffisants pour pouvoir prendre une telle décision. Dit que ce serait grave de laisser la famille choisir. N'a pas connu de cas où la famille était participative au choix.	Non la famille ne participe pas. Ce n'est pas à eux de prendre la décision. On ne peut pas demander à la famille une décision de vie ou de mort. On peut juste savoir par la famille ce que la personne souhaitait et exprimait de son vivant.	La question n'est jamais posée ainsi. Ne pas leur laisser le poids de la décision qui pourrait être très difficile à porter. Les choses sont abordées différemment.	Beaucoup d'études montrent que la place de la famille est importante. Ils sont les mieux placés, ils connaissent le mieux leur proche. L'entourage est le reflet de la vie du patient.

	Dit que cela la questionne, qu'il y aurait quelque chose à creuser sur cette thématique.			
Difficultés et raisons qui peuvent conduire à l'acharnement thérapeutique:	Dit qu'en présence de l'entourage ça peut être plus compliqué car il y a une pression supplémentaire. Il y a des actes et des choses à faire mais dit que l'acharnement thérapeutique peut se retrouver dans la longueur d'une réanimation par exemple. La présence d'une famille très revendicatrice, très en souffrance et dans l'inacceptable peut mettre la pression pour ne pas arrêter, pour aller encore plus loin et que sans la famille ça pourrait se dérouler autrement peut-être. Dit ne pas savoir comment le personnel médical gère cette pression.	Ne pense pas qu'il y en ait en préhospitalier. Pas assez d'informations pour que ce soit considéré comme tel. La question se posera après surtout en réanimation. Matériellement pas possible. Pense que ce serait peut être le contraire, qu'il faudrait parfois peut-être en faire plus. Même si on sait que la personne va être séquelleire, il faut réanimer sinon plus besoin d'intervenir.	Pense que oui. Dans le préhospitalier difficile de définir cela ainsi. Mais qu'il va surtout débiter dans un second temps, arrivé à l'hôpital.	Méconnaissance du patient. La famille peut avoir peur, dans le déni, affect. La famille peut être un frein, peut refuser d'entendre et vouloir que ça continue. Il faut les amener à entendre le décès.
Manière d'accompagner l'entourage pour connaître les directives anticipées du	Dit qu'aujourd'hui c'est compliqué d'aller sur ce terrain là car peu connu et encore nouveau mais qu'au fil des années cela va s'améliorer. Dit qu'elle	La régulation a un cahier avec les noms des personnes qui ne doivent pas être réanimées. La famille peut les donner et le transmettre à l'appel. Un seul médecin sur	Demande à la famille les souhaits du patient. Mais la famille peut changer le discours du patient car rajoute de l'affect, des envies parasites. On	Un temps à prendre. Ne pas en parler de prime abord car serait inquiétant pour l'entourage. Demander comment était le patient avant, ce qu'il

patient:	chercherait à savoir quelles sont les personnes ressources du patient, sa personne de confiance si elle est désignée. Dit qu'elle a peur que derrière le terme de directives anticipées il n'y ait rien derrière. Mais ce sont des informations à recueillir et à retransmettre au corps médical. Mais il y a deux temps: celui de l'urgence qui se confronte à celui de la recherche de ces informations.	place donc compliqué. Le médecin régulateur peut avoir accès au dossier informatique du patient s'il existe. Si la personne est en soins palliatifs chez elle normalement les choses sont organisées.	cherche à savoir ce qu'aurait clairement voulu le patient. Regarder si c'est noté dans un dossier, appeler les collègues de la réanimation si le patient est connu.	disait de son vivant, ses souhaits. Un peu la famille qui déciderait, comme le don d'organes. N'a jamais rencontré les directives anticipées tracées et notées. Difficile d'adapter cette procédure à toutes les personnes et situations.
Formation à l'accompagnement de l'entourage:	Non formée dans le milieu préhospitalier. Formée à l'accompagnement de fin de vie dans la formation générale d'infirmière. C'est quelque chose qui devrait ressortir et qui serait intéressant.	Non formé.	Non formé.	Non formé sur le milieu préhospitalier. Formé pour le déchocage (annonce de la mort, annonce de diagnostic difficile)
Type et forme de formation si formé(e):				Simulations et débriefing.
8Manque si non formé(e):	Oui. Une formation aurait sa place et devrait être proposée.	C'est un manque. Un manque de consensus. Serait intéressant d'avoir une réflexion de service. L'expérience et les conseils	Pense que c'est un manque. Que ce serait très intéressant pour avoir une meilleure approche. Les formations actuelles sur la	

		de collègues aident à prendre en charge.	mort concernent surtout des temps d'accompagnement plus longs, lesquelles ne sont pas adaptées au préhospitalier. Manque de temps pour accompagner, pas envie de faire de l'accompagnement de « comptoir », à la va vite.	
--	--	--	---	--

Fiche de lecture 1: Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique



Identification de l'ouvrage:

Auteur: Pierre VALETTE

Titre: *Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique*

Editeur: Le Monde, PUF (Presses Universitaires de France)

Date d'édition: 11/09/2013

268 pages

Domaines: Philosophie morale, médecine

Période de lecture: Décembre 2014

"Il faut pouvoir, il faut savoir se donner le temps de la réflexion, même en situation d'urgence"¹

L'auteur

Pierre Valette est docteur en médecine et en philosophie. Il exerce la médecine d'urgence depuis plus de trente ans et actuellement en tant que responsable, au sein du SAMU du Pas-de-Calais. Dans un article du 2 octobre 2013, publié par le journal quotidien *La Voix du Nord*, Pierre Valette exprime le fait que les moyens matériels ont certes évolué mais qu'il subsiste des questions éthiques dans le soin. Il a alors décidé de réaliser une thèse; achevée en 2011 à l'université de Paris Est. Sa responsable de thèse a alors soumis sa réflexion au jury d'un prix spécifique du journal *Le Monde* et son travail fut alors édité.

Synthèse de l'ouvrage

Pierre Valette décline sa thèse en trois parties. Dans la première, "*Espace-temps de la médecine d'urgence*", il attache une importance particulière aux historiques de la médecine d'urgence et des spécialités d'anesthésiste et d'urgentiste avant de développer les concepts de "temps", "d'espace" ou encore de "vérité". "L'anamnèse", le "temps médical", le "pronostic", le "temps d'attente" ou encore le "temps de l'urgence" sont détaillés dans le chapitre 2. "*On a parfois le sentiment que si l'on disposait d'un peu plus de temps, on prendrait de meilleurs décisions*"² dit-il. L'auteur explique que le patient tout comme l'entourage est dans l'attente lors des prises en charge et que "*le temps ne s'écoule pas de la*

¹ VALETTE Pierre, *Ethique de l'urgence, Urgence de l'éthique*, PUF, Paris, 2013, page 45

² VALETTE Pierre, *Ethique de l'urgence, Urgence de l'éthique*, PUF, Paris, 2013, page 44

même façon selon que l'on est soignant ou soigné"³. Dans l'urgence, l'équipe a un très court instant de décision, il faut agir vite ce qu'il décrit comme une pulsion d'action. Au fil des chapitres, Pierre Valette aborde la sémantique de l'urgence. Il mêle la violence à l'urgence vraie, telle que retrouvée dans la dissection aortique par exemple. L'urgence n'est pas ressentie de la même manière chez le patient ou son entourage que chez le soignant. Il existe des degrés d'urgence. *"L'urgence qualifie donc tout phénomène de survenue brutale auquel on n'a pu se préparer, tout phénomène face auquel on n'a pas pu se préparer, tout phénomène face auquel on n'a pu se défendre. "Un coup de tonnerre dans un ciel serein" [...] L'urgence est tout phénomène à caractère inconnu ou non reconnu ou au contraire reconnu dans la répétition et là, c'est le caractère répétitif qui fait l'urgence. L'urgence est donc tout ce qui est subi, subit et inédit"*⁴.

Dans la seconde partie, *"Essence de la médecine d'urgence"*, il traite de la place de la mort dans l'urgence et des questionnements sur les attitudes, actes et gestes dans des contextes de réanimation. Pierre Valette définit les termes de "réanimation", "ressuscitation", "déchoquage", "technique", etc. Il aborde, par ce biais, la chaîne de survie qui va du citoyen lambda en passant par les secouristes jusqu'aux médecins réanimateurs. *"Le premier témoin est à l'origine d'une véritable chaîne éthique"*⁵ exprime-t-il. L'auteur traite ensuite de la décision d'intuber ou non et donc de celle de réanimer ou pas, qui est *"toujours difficile à poser dans un environnement pauvre en information médicales: antécédents, maladie actuelle, projet thérapeutique en cours... S'ajoute la pression des proches en attente du miracle médical"*⁶. En effet, il précise que face à l'arrêt cardiaque et donc à la mort, le temps est manquant pour délibérer et *"qu'il est si rare [...] de trouver, glissée dans la poche d'une personne qui vient d'être victime d'un arrêt cardiaque brutal,"*⁷ ses directives anticipées et son consentement libre et éclairé. Il met alors en exergue la difficulté d'appliquer la loi Leonetti de 2005 dans l'urgence. En avançant dans cette partie, il met en avant le fait que le médecin et donc les soignants peuvent, parfois, être entraînés par la technique et le matériel pour réanimer le patient. Ce dernier, faute de considération, est alors comparé à un mannequin d'entraînement.

³ VALETTE Pierre, *Ethique de l'urgence, Urgence de l'éthique*, PUF, Paris, 2013, page 38

⁴ VALETTE Pierre, *Ethique de l'urgence, Urgence de l'éthique*, PUF, Paris, 2013, page 74

⁵ VALETTE Pierre, *Ethique de l'urgence, Urgence de l'éthique*, PUF, Paris, 2013, page 128

⁶ VALETTE Pierre, *Ethique de l'urgence, Urgence de l'éthique*, PUF, Paris, 2013, page 135

⁷ Ibid.

Dans la dernière partie, "*Ethique de la médecine d'urgence*", il s'affaire sur le tri des victimes et la difficulté éthique de faire des choix dans l'urgence. Pierre Valette met en avant une équation de l'urgence de Miguel Martinez Almoyna du SAMU parisien où sont mêlés et multipliés entre elles les données de gravité (G), de soins nécessaires (S) et de valence (V) divisées par le temps avant une possible aggravation (T). Ce résultat donne la "quantité d'urgence" (U). Il évoque également l'idée certains soins qui permettraient de sauver des vies mais "*au prix de dommages collatéraux qui peinent à s'effacer dans la balance du bénéfice/risque*"⁸ et traite ensuite des risques des soins, des effets indésirables de tout produit actif. Il démontre enfin que le principe antique de la médecine, *primum non nocere*⁹, n'est pas toujours appliqué. D'après l'auteur la menace du risque est considérée comme majeure dès qu'on ne connaît pas tous les éléments et ainsi pousse à agir.

Compléter

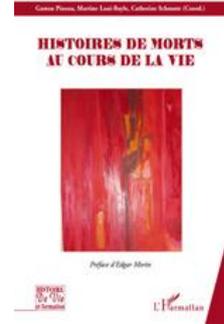
Au cours de mes expériences de stage, j'ai pu être témoin de questionnements de la part des équipes sur le périmètre des soins autour d'un patient. J'ai constaté que la balance bénéfice/risque était régulièrement recherchée contrairement à ce que dit Pierre Valette dans sa thèse. Cependant, j'ai remarqué que nous agissions parfois par la technique d'abord avant la réflexion. Au sein des services, la problématique des directives anticipées est moindre qu'en milieu préhospitalier. En effet, en tant qu'infirmier on agit dans l'urgence et on a tendance à mettre de côté l'entourage dans ce milieu.

Durant les trois années de formation, nous approchons les concepts de bienfaisance, d'aidant naturel ou encore de dignité. Nous avons aussi des formations aux gestes et soins d'urgence et c'est à nous de lier ces concepts à l'urgence. Ce livre m'a apporté beaucoup d'éléments sur la responsabilité, la notion d'action dans l'urgence mais surtout de l'éthique dans ce cadre particulier. Beaucoup de références me sont données et elles me servent dans la phase exploratoire de mon travail de fin d'études.

⁸ VALETTE Pierre, *Ethique de l'urgence, Urgence de l'éthique*, PUF, Paris, 2013, page 196

⁹ D'abord ne pas nuire

Fiche de lecture 2: Vers un apprentissage d'une pratique éthique en fin de vie. (Histoires de morts au cours de la vie - Chapitre 3)



Identification de l'ouvrage:

Auteurs coordinateurs: Gaston PINEAU, Martine LANI-BAYLE et Catherine SCHMUTZ

Titre: *Histoires de morts au cours de la vie*

Editeur: L'Harmattan

Date d'édition: 16 mars 2011

324 pages

Domaines: Philosophie, anthropologie, santé

Période de lecture: Janvier 2015

Chapitre 3: page 55 à page 65

Auteur Chapitre 3: Nicole Croyère

"Tandis que le mourant part, l'accompagnateur reste et ne meurt pas en même temps"¹⁰

L'auteur

Nicole Croyère est cadre de santé et a exercé en tant qu'infirmière dans les soins palliatifs. Elle est également formatrice au Centre de Ressources National de Soins Palliatifs. Elle réalise des formations relative à l'accompagnement de fin de vie aux équipes pluridisciplinaires.

Synthèse du chapitre 3

A travers une situation clinique vécue dans son expérience au sein de l'unité mobile des soins palliatifs, l'auteure explore d'une part le choix des mots pour parler de la mort et d'autre part le savoir clinique et l'expérience qui favorisent l'entrée en relation. Nicole Croyère revient sur le cas d'un homme de 70 ans atteint d'un cancer de l'estomac avec des métastases multiples disséminées, conscient et qui ne se sent pas bien soigné. Le personnel paramédical est sollicité par ce patient souhaitant savoir ce qui lui arrive. Il dit ne rien

¹⁰ PINEAU Gaston, LANI-BAYLE Martine, SCHMUTZ Catherine (coord.), *Histoires de mors au cours de la vie*, Ed. L'Harmattan, 2011, page 62

savoir sur sa santé avec l'interne qui "*tourne autour du pot*"¹¹. L'auteure analyse ensuite cette situation et fait un lien avec l'article 11 de loi du 4 mars 2002 relatif au droit du patient d'être informé et à l'obligation du médecin d'informer le patient sur son état de santé. Ne pas délivrer une information sévère aurait pour but, selon l'auteure, de protéger le malade d'une information qui lui serait pénible. Pour autant, elle met en avant la fonction du soignant à évaluer l'aptitude du patient à entendre la gravité de la mauvaise nouvelle. Elle traite du choix malaisé des mots et attitudes, des silences gênants ou encore des mécanismes de défenses pouvant faire office de "barrière" à l'entrée en relation. Face à ces difficultés, Nicole Croyère précise que l'impuissance doit conduire à soigner plutôt que chercher à guérir. En ne travestissant pas la réalité et en restant humbles, nous aidons le patient. Il est primordial de rester dans l'empathie et laisser le malade s'exprimer.

Dans un second temps, l'auteure aborde le concept de l'accompagnement en fin de vie. Elle allègue les recommandations pratiques et le cadre posé par la législation française concernant les pratiques, amplifiées dans les années 70, d'accompagnement de fin de vie. Nicole Croyère cite les aspects culturels et religieux d'accompagnement qui sont la genèse des soins palliatifs actuels. L'accompagnement de fin de vie est un devoir. L'auteure évoque la construction de la loi Leonetti du 22 avril 2005 portant sur l'autonomie du patient et l'acharnement thérapeutique. La définition de l'accompagnement est évoquée par l'auteure et le concept de dignité ontologique est mis en avant: on accompagne en étant disponible et en assurant une présence. Il est évoqué la nécessité de respecter les demandes du patient et de ses proches malgré les difficultés de les concevoir parfois. En effet, la compassion, les représentations du soignant sur son idéal de mort et l'interprétation des demandes du patient ou de ses proches par le soignant peut le conduire à être "violent" car il n'a pas une posture adaptée. Il y a "*un décalage entre l'idéal rationnel et les pratiques de terrain*"¹² et cela peut entraîner une souffrance du soignant. L'auteure précise que les pratiques d'accompagnement de fin de vie "*questionnent le temps, le rapport au corps, à la clinique, à la décision et à la philosophie de l'action*"¹³. Le questionnement éthique peut permettre de modérer ces dilemmes et "*de renvoyer chacun à sa responsabilité*"¹⁴ dans les contextes d'accompagnement de fin de vie.

¹¹ PINEAU Gaston, LANI-BAYLE Martine, SCHMUTZ Catherine (coord.), *Histoires de mors au cours de la vie*, Ed. L'Harmattan, 2011, page 56

¹² PINEAU Gaston, LANI-BAYLE Martine, SCHMUTZ Catherine (coord.), *Histoires de mors au cours de la vie*, Ed. L'Harmattan, 2011, page 65

¹³ Ibid.

¹⁴ Ibid.

Compléter

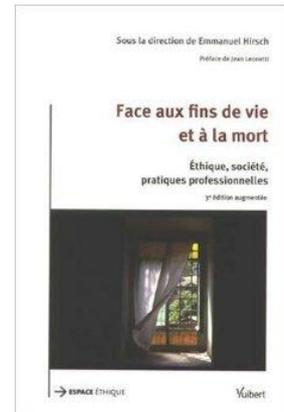
La situation clinique présentée se rapporte au contexte hospitalier. Le patient est hospitalisé et fait part de ses craintes et angoisses à l'équipe et à l'interne. Ils sont mis en difficulté. La complexité de communiquer et d'utiliser les bons mots se trouve être un frein à l'entrée en relation avec le patient. Je peux transposer ces complexités à l'accompagnement de l'entourage dans la fin de vie de leur proche. Nous sommes aussi confrontés, lors de l'urgence préhospitalière, aux mécanismes de défenses des proches ainsi qu'aux difficultés de communiquer et dialoguer avec eux, et ce pour diverses raisons qui peuvent être propres à la prise en soin en urgence.

Il s'impose aux soignants d'être tout autant empathiques dans la prise en soins. Le devoir d'informer l'entourage dans les situations d'urgence est nécessaire et est d'ailleurs inscrit dans la loi: *"En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci"*¹⁵. Je rajouterai qu'accompagner les proches d'un patient en cours de réanimation, en fin de vie immédiate et/ou inanimé demande une adaptation personnalisée. Chaque personne à accompagner est porteuse d'une histoire de vie singulière, d'une culture et d'une croyance propres. Cet accompagnement se réalise dans un contexte donné et donc, chaque fois, différent.

¹⁵ **Code de la Santé Publique, Article L1110-4**, Disponible sur www.legifrance.fr

Fiche de lecture 3: Approches de fin de vie et de la mort: SAMU et urgences, Dr François Dolveck

(extrait de *Face aux fins de vie et à la mort. Ethique, société, pratiques professionnelles*)



Identification de l'ouvrage:

Sous la direction de: Emmanuel HIRSCH, directeur de l'Espace éthique de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

Titre: *Faces aux fins de vie et à la mort. Ethique, société, pratiques professionnelles.*

Editeur: Vuibert

Date d'édition: Septembre 2007

324 pages

Domaines: santé, éthique, témoignages

Période de lecture: Janvier 2015

Extrait retenu: page 67 à page 70

Auteur de l'extrait: Docteur François DOLVECK.

L'auteur:

François Dolveck est praticien hospitalier de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. Il exerce en tant qu'urgentiste au Samu des Hauts-de-Seine (92), au SMUR de Garches à l'hôpital Raymond-Poincaré. L'extrait présenté est donc rédigé par un médecin qui exerce dans l'urgence préhospitalière.

Synthèse de l'extrait:

L'extrait se décline en trois parties. La première traite de la médecine d'urgence et de l'approche de la mort dans les situations d'urgence en préhospitalier et au service d'accueil des urgences. Le docteur Dolveck nous signale que la gestion de situations où la mort est présente est très loin d'être proportionnelle et prédominante au nombre de patient passant aux urgences. 75% des patients qui décèdent aux urgences y sont adressés par leur médecin traitant, la famille ou l'institution car ces derniers se sentent désarmés pour gérer la situation et "*pensent qu'une réponse médicale peut encore être apportée*"¹⁶. L'auteur signale un décalage, en préhospitalier, entre la perception que se fait l'équipe médicalisée sur la réalité de la situation

¹⁶ Sous la direction de HIRSCH Emmanuel, *Face aux fins de vie et à la mort*, Ed. Vuibert, 2007, page 67

et celle de la famille. En cause, le médecin nous dit que *"la famille perçoit une situation de détresse immédiate"* alors que *"la situation, pour le médecin arrivant sur place, semble à peu près éclairée: c'est une pathologie évolutive au terme de laquelle la mort doit intervenir"*¹⁷. Pour la famille, cela reste trop difficile, inacceptable et inimaginable, *"l'idée même de la mort d'un proche n'est sans doute pas pensable"*¹⁸. L'auteur nous explique, qu'aujourd'hui, le lieu de la mort n'est plus le domicile mais que cette dernière se trouve institutionnalisée et réservée au milieu hospitalier. La mort a une connotation d'échec de la médecine. En somme, des questions se posent pour le médecin sur place: *"vais-je vers un défaut de traitement, un défaut de soins ou un excès de soins?"*¹⁹. L'auteur met en avant *"la justesse de la décision"*²⁰, il y a des recommandations de bonnes pratiques mais également un choix, une décision à prendre. C'est là où la décision devient éthique. L'auteur nous rapporte des éléments qui permettent d'aider à prendre une décision. En premier, *"il faut confirmer le problème médical, reprendre les choses dans le bon ordre pour envisager une bonne décision"*²¹ puis s'appuyer sur les ressources telles que l'entourage, le médecin traitant, la personne de confiance. Il reste tout de même fondamental de connaître et recueillir *"les éléments anamnestiques, cliniques et paracliniques"*. Toutes ces questions se posent *"dans l'immédiateté"*²², la famille *"se place dans une perspective de soins"*²³ alors que l'équipe peut penser à une fin de vie. Il existe un conflit entre *"les éléments culturels et fondés sur l'expérience propre"*²⁴ de l'entourage et les protocoles et recommandations cliniques, ce qui rend important le fait de connaître le contexte socioprofessionnel de la famille.

L'auteur évoque, dans une seconde partie, les enjeux de la décision. La première réponse, dans une situation d'urgence, est médicale. La réanimation fait partie des réponses médicales et *"elle doit être adaptée à la situation"*²⁵. François Dolveck précise que la réanimation compassionnelle, la réanimation de confirmation d'un diagnostic ou encore la réanimation d'attente (des proches, de solutions, etc.) sont autant de réponses et de solutions à la question de la décision: *"Continue-t-on à soigner? (...) Arrête-t-on les soins?"*²⁶. Docteur Dolveck précise que bien évidemment les gestes de sauvetage doivent être entrepris et tentés

¹⁷ Sous la direction de **HIRSCH Emmanuel**, *Face aux fins de vie et à la mort*, Ed. Vuibert, 2007, page 67

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Ibid.

²⁰ Ibid.

²¹ Sous la direction de **HIRSCH Emmanuel**, *Face aux fins de vie et à la mort*, Ed. Vuibert, 2007, page 68

²² Ibid.

²³ Ibid.

²⁴ Ibid.

²⁵ Ibid.

²⁶ Ibid.

mais qu'ils doivent être différenciés des gestes invasifs, lesquels ne seront pas forcément adaptés. L'auteur nous signale que c'est le confort et la qualité des soins qui priment lors d'une situation de fin de vie avérée.

Dans la troisième partie, il revient sur les procédures d'accompagnement. La difficulté, d'après l'auteur, est le manque de temps et de disponibilité pour répondre à l'entourage. La réponse médicale prime. *"Parfois, on n'a pas le temps sur site, par exemple lors d'interventions avec des familles très revendicatrices"*²⁷. L'auteur illustre la difficulté de décider pour un patient lorsque qu'il y a des personnes très envahissantes autour: *"comment se fait le choix de traitement et de soins dans ces situations? Il n'est pas possible."*²⁸ François Dolveck explique que le service d'accueil des urgences reste *"l'orientation privilégiée"*²⁹ parce qu'il y aura davantage de temps pour *"rassembler les éléments nécessaires à une décision argumentée", cela permet aussi de préparer l'entourage et enfin de "rompre peut-être avec la solitude du médecin et de l'équipe sur site"*³⁰. Il insiste sur le fait que *"la réponse doit être personnalisée. Le médecin urgentiste doit être maître (...) de ses décisions"*³¹. L'auteur n'oublie pas le *"comportement de l'équipe"*³² qui *"est fait d'écoute, de savoir-être, de savoir-vivre, d'une attitude décente qui convient dans une telle situation"*³³ et où l'explication et la réponse de soin sont claires, adaptées et loyales. D'après l'auteur, il serait intéressant d'avoir une procédure écrite, *"non pas pour recourir à des formules toutes faites"*³⁴, mais pour ne pas oublier d'étapes dans une telle situation. Enfin, l'auteur revient sur les limites rencontrées. Le temps car *"l'analyse des paramètres médicaux, la gestion de la crise prennent énormément de temps (...) là nous avons un problème médical à traiter de surcroît"*³⁵ et l'accompagnement, par manque de disponibilité en préhospitalier, *"est difficilement envisageable par l'équipe qui se trouve sur place"*³⁶. Des ressources extérieures peuvent être requises. La formation à l'accompagnement n'existe pas en médecine, *"il n'y en a pas"*³⁷. L'auteur dit que la demande est forte et qu'il est espéré *"que la situation va évoluer"*³⁸.

²⁷ Sous la direction de **HIRSCH Emmanuel**, *Face aux fins de vie et à la mort*, Ed. Vuibert, 2007, page 69

²⁸ Ibid.

²⁹ Ibid.

³⁰ Ibid.

³¹ Ibid.

³² Ibid.

³³ Ibid.

³⁴ Sous la direction de **HIRSCH Emmanuel**, *Face aux fins de vie et à la mort*, Ed. Vuibert, 2007, page 70

³⁵ Ibid.

³⁶ Ibid.

³⁷ Sous la direction de **HIRSCH Emmanuel**, *Face aux fins de vie et à la mort*, Ed. Vuibert, 2007, page 70

³⁸ Ibid.

Compléter :

Cette troisième fiche de lecture me renvoie à plusieurs lectures, notamment *Ethique de l'urgence, Urgence de l'éthique* de Pierre Valette. En effet les deux auteurs citent le manque de temps et de disponibilité dans l'urgence. Ce manque est un frein pour se tourner vers l'entourage. Le docteur Dolveck met bien en avant la difficulté de décider de poursuivre ou arrêter une réanimation en préhospitalier, notamment avec la présence de la famille. Cet extrait me renvoie également à des recommandations sur l'éthique et l'urgence élaborées par la société française de médecine d'urgence (SFMU). En effet, l'auteur comme la SFMU abordent les notions de réanimations compassionnelles et d'attente.

L'auteur a l'expérience du terrain, il sait de quoi il parle lorsqu'il nous évoque les limites et les difficultés pour accompagner. En effet, il y a ce temps de prise en charge du patient et celui de la famille. L'un prime sur l'autre. Il utilise le mot "crise" qui me semble totalement adapté à ce que peuvent vivre des familles à un moment pareil. De plus, lorsqu'il met en avant la complexité de choisir ce qui est le plus adapté pour le patient il évoque le souhait du patient, le bénéfice/risque d'un traitement, l'utilité d'un geste. Il faut accepter la mort, même si elle n'est pas prévue.

Cet extrait renforce mes recherches sur les recommandations et les bonnes pratiques professionnelles ainsi que la notion de responsabilité. L'auteur balaie les ressources et les difficultés qu'une équipe du Samu peut rencontrer dans une situation où la vie est en jeu et notamment les ressentis et perceptions de chaque partie (la famille et l'équipe médicale).

Résumé:

Notre démarche réflexive porte sur le thème de la réanimation préhospitalière articulée avec les notions d'éthique et d'accompagnement de l'entourage. Nous nous sommes interrogés sur les difficultés rencontrées par les infirmier(e)s lorsqu'ils sont sollicités par les proches.

Pour ce faire, nous avons abordé les aspects essentiels de cette relation soignant-entourage. C'est une donnée contextuelle, parmi d'autres, inhérentes à l'urgence préhospitalière. Face à la technicité exigée, il nous a paru essentiel d'étudier les comportements des proches et des soignants lors d'une situation brutale. Nous avons rencontré quatre professionnels du terrain: des infirmiers du Samu et des infirmiers sapeurs-pompier. Il ressort de leurs réponses et expériences que le temps de l'urgence se confronte à l'angoisse de la famille. L'accompagnement est ressenti comme nécessaire et s'appuie sur la relation d'aide. Néanmoins, la difficulté est de la rendre optimale. Nos recherches et rencontres ont démontré que la famille disposait d'une influence sur l'équipe. C'est à la fois une ressource et un poids supplémentaire. Elle peut interférer sur la décision de poursuite ou d'arrêt des soins. Dix ans après la loi Leonetti, nous avons constaté que les directives anticipées n'étaient pas un moyen utilisé.

De ce travail de recherche, se dégage l'hypothèse qu'une formation aiderait l'accompagnement de l'entourage dans un moment où la réflexion éthique se confronte au temps de l'urgence. Bien que cette hypothèse reste à développer, nous supposons qu'elle serait au service d'un meilleur accompagnement pour finalement et très certainement apporter un bénéfice au respect de la dignité du patient.

Mots clés: Réanimation préhospitalière. Famille. Relation soignant-entourage. Ethique. Urgence. Choc.

Abstract:

Our research paper deals with prehospital resuscitation articulated with ethic and family support notions. We were interested in difficulties coming up with family, when it requests nurses during the intervention.

In order to deal with this question, we broached principals aspects about the relationship between nurses and close family members. This element belongs to the prehospital emergency context. When technical care is dispensed in priority, it appears essential to study family and nurses behaviors during this tough situation. We met four professionals: emergency medical technician nurses and nurses working in firemen's health service. The way they answered through their experience compares two realities: the emergency time against family's distress. Through these interviews and our personal research, we noted that the support of families is essential and nurses are inspired by the notion of "help relationship". Nevertheless, the difficulty is to apply it as best as possible. This study has shown that family influences the medical assistance's team. On the one hand, the family is a resource person and on the other hand, it's considered as disturbance. The decision of continuation or cessation of care could be interfered with it. Ten years after Leonetti's law, we point advance directives regarding end-of-life issues are less used contrarily to what we thought.

At the end of our research, one hypothesis can be drawn. We think that training could help medical professionals when ethic reflections are opposed to time of emergency. Although this hypothesis needs to be developed, we suppose this training could bring help to support family and could be beneficial for the respect of patient's dignity.

Key words: Prehospital resuscitation. Family. Nurse and family relationship. Ethic. Emergency. Shock.