

Travail de Fin d'Etude :

***Le rôle infirmier dans l'accompagnement d'une famille
suite à l'annonce du décès brutal d'un proche en
Réanimation***



Nicolas TACHON

Institut de Formation en Soins Infirmier
De Mont de Marsan
Promotion 2008 - 2011

I. Remerciements

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

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

Je voudrais remercier particulièrement:

- Madame HOURCADE, ma guidante qui m'a accompagnée durant ce travail de fin d'étude. Je lui adresse un grand merci pour sa disponibilité et son écoute face à mes questions.
- Aux équipes soignantes sur mes divers lieux de stages pendant ces trois années. Ils m'ont permis de prendre conscience de la véritable chance d'être soignant tout en me faisant toucher du bout des doigts la responsabilité qui deviendra la mienne bientôt.
- Les soignants qui ont pris le temps de répondre à mes questions et de passer au crible leur façon d'être et d'agir.
- Ma famille et mes amis qui m'ont toujours encouragé dans mes choix professionnels. Ils ont été pour moi une aide précieuse pour franchir chaque étape de ces années d'études, dans les moments heureux comme les moments plus difficiles.
- Enfin a mes collègues de promotion avec qui j'ai passé des moments que je n'oublierai pas

A tous et toutes un grand merci,

II. Sommaire

I. REMERCIMENTS	2
II. SOMMAIRE	4
III. INTRODUCTION	7
IV. SITUATION CLINIQUE	9
V. PHASE EXPLORATOIRE	12
VI. CADRE CONCEPTUEL	15
1. Le soignant en service de réanimation	16
1.1 Le service de réanimation	16
1.1.1 La notion de réanimation	16
1.1.2 Définition d'un service de réanimation	16
2. L'infirmier en réanimation	17
2.1. Un « spécialiste généraliste »	17
2.2 Un technicien à l'écoute du patient	17
2.3. Un savoir faire basé sur l'expérience	17
2.4. Les mécanismes de défense des soignants.....	18
3. L'étudiant en réanimation	19
3.1 La formation infirmière en réanimation	19
3.2 En Institut de Formation en Soins Infirmier	20
3.3 La relation d'aide	20
3.3.1 Les atouts pour une relation d'aide réussie	20
4. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn out	21
4.1 Comment éviter le syndrome d'épuisement	22
5. Le patient en réanimation	23
4.1 La communication et l'information au patient ...	23
a. Assurer le confort du patient	24

b. Maintenir les fonctions vitales	24
c. Modalités de surveillance	24
d. Phase d'éveil	24
e. Sortie de réanimation	25
6. <i>La famille en service de réanimation</i>	25
6.1. Sociologie de la famille dans notre société	25
6.2. L'importance de la place de la famille en Réanimation	25
6.3. La mort jusqu'au deuil de la famille	26
6.3.1. La mort	26
6.3.2. La mort brutale	27
6.3.3. Le deuil	28
6.3.4. Les étapes du deuil	29
6.3.4.1. L'annonce de la mort, le choc	29
6.3.4.2. Le Dénî	30
6.3.4.3. La colère	31
6.3.4.4. La tristesse	31
6.3.4.5. La résignation	31
6.3.4.6. L'acceptation	31
VII. PROBLEMATIQUE	32
VIII. HYPHOTESES de RESOLUTION	34
1. Causes possible d'une «mauvaise» prise en charge d'une famille endeuillée	35
2. Hypothèse d'actions	36
IX. CONCLUSION	38
X. BIBLIOGRAPHIE	40
XI. ANNEXES	43

III. Introduction

Lors de mes stages, j'ai été plusieurs fois confronté à la mort à la suite d'une longue maladie par exemple mais j'ai en revanche trop peu été confronté au décès brutal d'un patient relativement jeune. Suite au décès, l'équipe soignante se retrouve très souvent face à une famille en détresse, dans la douleur et parfois même dans l'incompréhension, le soutien de l'équipe est alors essentiel.

Certes ces situations se passent souvent dans des services tels que les Urgences ou la Réanimation où les soins ne me posent en général pas de problème car la technicité est l'une des qualités essentielle d'un infirmier en réanimation. Technicité qui s'acquiert au fur et à mesure des trois années de formation. En revanche, face à ces différentes situations de décès brutal où la famille prend une place importante, où l'aspect relationnel devient l'atout majeur, je me suis senti totalement impuissant face à ces situations terribles de prise en charge d'une famille endeuillée. Ne sachant pas quoi faire, ni comment les soutenir dans cette épreuve douloureuse, j'ai fait part de mes sentiments à l'équipe soignante. Lors de ces discussions, j'ai pu constater que les soignants se sentaient également désarmés devant les émotions et les questionnements de la famille.

J'ai donc choisi comme thème :

Le rôle infirmier dans l'accompagnement d'une famille suite à l'annonce du décès brutal d'un proche en Réanimation

J'ai choisi ce thème car la situation que je vais vous présenter m'a laissé pendant plusieurs semaines dans un questionnement permanent « est ce que j'ai bien fait », « comment aurai-je pu aider encore un peu plus la famille », « j'aurai du dire telle ou telle chose à la famille ». J'ai aussi souhaité aborder ce thème car même si les services du plateau technique tels que la réanimation sont des services où la mort brutale est fréquente, l'infirmier peut être confronté au décès inattendu d'un patient dans n'importe quel service de soin.

De plus, l'infirmier a un rôle important auprès de la famille du défunt. En effet, suite au décès d'un patient, il effectue la toilette mortuaire, prépare la chambre afin d'accueillir la famille, peut participer à l'annonce du décès avec le médecin, et reste présent auprès de la famille après l'annonce.

Alors comment être efficace dans une telle situation ? Comment prendre en charge efficacement une famille endeuillée ? Quoi leur dire ou ne pas leur dire ? Toutes ces questions étaient pour moi avant ce travail des questions sans réponses. A travers ce TFE, j'ai pu analyser l'ensemble des facteurs qui rentrent en compte dans ces situations délicates tels que la mort, le deuil, la famille, le soignant en service de réanimation, le patient aussi et enfin la relation d'aide.

IV. Situation clinique

Descriptif de la situation clinique à l'origine de mon choix :

Madame D, 65 ans est admise le matin très tôt dans le service de réanimation de l'hôpital Layné suite à un Accident Vasculaire Cérébral Hémorragique, son pronostic vital est engagé.

A son arrivée Madame D est inconsciente, intubé et ventilé sous respirateur, ses pupilles sont aréactives et ne répond à aucun stimuli (Glasgow à 3).

Quelques heures après son arrivée dans le service un électro-encéphalogramme est réalisé laissant présager un mauvais pronostic.

Quelques heures après l'hospitalisation de Madame D, un des 3 enfants de la patiente ainsi que son mari arrivent dans le service. Ils sont reçus par le médecin et le cadre. Lors de cet entretien la famille a été informée de l'état critique de Madame D suite à son AVC. Quelques heures après le premier électro-encéphalogramme, un deuxième est effectué, avec une absence d'activité électrique (tracé plat). Après un bilan approfondi malgré les thérapeutiques mises en place et après quelques heures d'hospitalisation, vers 16h, madame D est déclaré en COMA de **type IV (mort cérébrale)** mais maintenu sous assistance respiratoire en vu de parler à la famille de la possibilité d'un don d'organes.

Suite au décès, le médecin a téléphoné à un des enfants pour les informer que « quelque chose n'allait pas » et qu'il fallait qu'ils viennent dès que possible à l'hôpital.

Dès l'arrivée de la famille, le médecin et l'infirmière les ont accompagnés auprès de Madame D. A ce moment là, le médecin leurs a annoncé qu'elle était cliniquement morte mais maintenu sous respiration artificielle le temps qu'ils puissent lui dire au revoir.

Ce moment a été particulièrement difficile pour moi, d'une part parce que j'ai assisté à l'annonce du décès et d'autre part parce que c'était la première fois que je participais à l'accompagnement d'une famille suite au décès brutal d'un proche.

Après l'annonce du décès, le médecin et le coordonnateur des greffes ont portés à la connaissance de la famille la possibilité du don d'organes. La famille après un temps de réflexion a acceptée. A partir de ce moment là, c'est mis en place une procédure spécifique dans la préparation pour un don d'organes. Dans ce protocole est prévu en particulier un grand nombre d'examens biologiques. Avant que Madame D quitte le CH Layné par hélicoptère pour le CHU de Bordeaux, j'ai donc dû prélever de nombreux tubes de sang en présence de la famille.

Dans la chambre, j'ai été totalement démuni par cette situation délicate. Ne sachant pas quoi dire à la famille pour contribuer à un accompagnement efficace avec des mots de soutiens et de réconforts de peur d'avoir une parole malencontreuse. Je n'ai pas non plus eu l'idée de leurs expliquer en quoi consistait le prélèvement des tubes que j'effectué. Pendant tout le soin qui a duré de nombreuses minutes j'ai fixé le cathéter de la patiente sans rien dire. Le fait de ne pas avoir pu accompagner la famille par des mots pendant mon prélèvement sanguin m'a laissé le sentiment d'avoir inachevé ma prise en charge.

▪ *Constats et problématiques concernant cette situation particulièrement difficile :*

1. Les difficultés rencontrées par les soignants, à l'accueil de la famille, lors de leur arrivée dans le service, après le décès.

2. L'impuissance ressentie par les équipes soignantes face à la famille endeuillée.
3. Comment réagir en tant qu'étudiant ? Dois-je à mon initiative commencer à parler avec la famille ?
4. Est-ce que la chambre de la patiente en question est le meilleur endroit pour annoncer à la famille son décès.

Ces différents constats m'ont beaucoup questionné sur le rôle infirmier, auprès des familles endeuillées.

▪ Questions :

1. Pourquoi les soignants sont-ils démunis face à l'accompagnement d'une famille suite au décès brutal ?
2. Quel est le rôle de l'infirmier dans cette prise en charge de la famille ?
3. Quelles formations possèdent l'infirmier pour répondre à cette prise en charge ?
4. Quelles limites peuvent entraver cette prise en charge (contraintes horaires,...).
5. Quels moyens l'infirmier peut-elle mettre en place afin d'accueillir et de prendre en charge au mieux la souffrance de l'entourage et amorcer un processus de deuil ?

- Ces différents questionnements me permettent de formuler cette question de départ :

Comment l'infirmier, suite au décès brutal, peut-il accompagner la famille le plus efficacement possible lors de l'annonce du décès et des moments qui suivent, afin d'amorcer un processus de deuil efficace ?

V. Phase exploratoire

Afin de répondre à ma question de départ, j'ai choisi d'utiliser l'entretien semi directif (annexe II : questionnaire type utilisé pour mes entretiens) pour me permettre de faire le lien entre mes recherches théoriques et l'expérience précieuse des professionnels sur le terrain.

Sans chiffrer précisément dans quelles proportions tel jugement ou telle manière de travailler et de s'approprier une situation particulière, les entretiens révèlent l'existence de pratiques professionnelles et des représentations de la profession d'infirmier assez similaire entre les professionnels interviewés.

J'ai réalisé cinq entretiens, j'ai fait le choix de les utiliser au fur et à mesure de l'avancé de mes travaux pour me permettre de faire le lien indispensable entre la théorie et la pratique :

Soignant 1: 35 ans, infirmière depuis 2000, elle a d'abord occupé pendant 4 ans un poste en neurologie puis depuis près de 6 ans elle est au service de Réanimation de l'hôpital Layné (poste de nuit et de jour).

Soignant 2: 32 ans, infirmière depuis 2006 et est arrivée en service des Urgences juste après avoir obtenu son Diplôme d'Etat.

Soignant 3: 30 ans, infirmier depuis 2007 et est lui aussi arrivé au service des Urgences de l'hôpital Layné suite à l'obtention de son Diplôme d'Etat.

Soignant 4: 25 ans, infirmière depuis 2008 et est arrivé dans le service de Réanimation de l'hôpital Layné ensuite après l'obtention de son Diplôme d'état.

Soignant 5: 41 ans, infirmier depuis 1991, il a d'abord était infirmier aux Urgences puis en Réanimation. Aujourd'hui et cela depuis près de 3 ans il est infirmier coordinateur des greffes sur l'hôpital Layné. Ces fonctions principales sont au nombre de trois :

- 1 La prise en charge des donneurs potentiels d'organes en état de mort encéphalique dans un service de réanimation en outre.
- 2 La prise en charge des prélèvements de tissus (le plus souvent cornées, peau) chez les personnes décédées à cœur arrêté au sein de son établissement.
- 3 Information sur le don et la greffe aux personnels médicaux, para médicaux, étudiants (infirmiers et autres).

Les infirmiers interrogés ont tous un niveau d'expérience professionnelle différent, allant de deux ans à dix neuf ans. Deux d'entre eux ont auparavant déjà travaillé dans d'autres services. Ils ont tous été confrontés à la mort à plusieurs reprises qu'ils soient brutaux ou des accompagnements de fin de vie.

Ils ont tous aussi participés de près ou de loin à la prise en charge d'une famille endeuillée que ce soit l'annonce du décès, l'accompagnement après l'annonce...). Aucuns d'entre eux n'ont bénéficiés d'une formation spécifiques sur l'accompagnement d'une famille suite au décès brutal mais ont tous en revanche participés à des formations internes, à des congrès sur la relation d'aide ou sur la mort en service de réanimation ou aux urgences.

Tous les soignants interrogés font la distinction entre le décès brutal et la fin de vie. Tous m'ont fait remarquer que dans leurs services « l'avantage » est que les patients restent que peu de temps (quelques heures à quelques jours, sauf cas exceptionnel) et qu'il est plus facile pour les soignants de se détacher de ces situations parfois très difficiles. Il est donc plus « facile » de prendre soin du corps même si c'est une jeune personne et d'accompagner au mieux sa famille, bien évidemment ce sont toujours des situations délicates et éprouvantes moralement.

Tous m'ont aussi permis de m'enlever une idée fautive de la tête qui consistait à penser que plus nous avons des années de diplôme derrière nous, plus nous pouvons mieux prendre en charge une situation difficile comme la mort et l'accompagnement de la famille. En effet chacun d'eux m'ont permis de toucher du doigt que c'est en fonction de notre évolution personnelle face à la mort, de sa connaissance de soi mais aussi en étant peut être un peu moins « technicien » mais plus humaniste, sociable et affable que l'on arrive à gérer ces situations délicates.

Les cinq professionnels interrogés font référence aussi au manque cruel de formation à la mort, au décès d'un patient et à l'accompagnement de sa famille dans le cursus initial. Malgré cela j'en parle dans le cadre conceptuel nous sommes formés à la relation d'aide et sur ces trois années de formation nous développons et accumulons des compétences indispensables dans l'accompagnement des patients et de leurs familles à travers nos stages.

VI. Cadre Conceptuel

1. Le soignant en service de réanimation :

1.1. Le service de réanimation :

1.1.1. La notion de réanimation :

« La réanimation est l'ensemble des moyens, dispensés par des médecins spécialisés (réanimateurs) permettant de rétablir ou surveiller les fonctions vitales momentanément défaillantes et compromises mettant directement en jeu le pronostic vital, susceptibles de survenir au cours de traumatisme, de situation médicale aiguë ou chirurgicale. Elle implique un monitoring continu des fonctions vitales et le cas échéant, le recours à des méthodes de suppléance (transfusion de dérivés sanguins, remplissage vasculaire, ventilation mécanique, hémodialyse, circulation extracorporelle, etc)»

Définition de l'OMS

Ces techniques sont apparues dans les années 1950, au Danemark, utilisées en respiration artificielle pour venir compenser les paralysies de l'appareil respiratoire des patients présentant une poliomyélite. Le terme réanimation a été employé pour la première fois par un médecin Français, Jean Hamburger, en 1953. Après la Seconde Guerre mondiale, la réanimation a connu un essor considérable à partir des années 1960, parallèlement à l'anesthésie avec laquelle elle partage un certain nombre de techniques

La réanimation moderne fait appel à différentes techniques d'investigation (exploration) hémodynamique (des courants sanguins) telles que le cathétérisme cardiaque, l'échographie, le doppler.

Les affections relevant de la réanimation sont nombreuses : états de choc, comas, insuffisances organiques aiguës, décompensations de maladies chroniques, hémorragies, intoxications, infections sévères, brûlures étendues, période post-opératoire de chirurgies lourdes, etc.

1.1.2. Définition d'un Service de Réanimation :

Le service de réanimation est une discipline nécessitant un plateau technique lourd et hautement différencié des autres services de l'hôpital. Il nécessite aussi une équipe médicale et paramédicale particulièrement étoffée, compétente et performante.

Les services de réanimation qui reçoivent des patients présentant une ou plusieurs défaillances viscérales aiguës pouvant mettre en jeu le pronostic vital à court terme et ce pour une durée variable, impose une cohérence de suivi au quotidien.

Cinq critères ont été énoncés dans la circulaire du 7 février 1989 :

- Des locaux spécialement aménagés, avec une norme de lits entre huit et vingt suivant la taille du service.
- Du matériel spécialisé.
- Une proximité d'un plateau technique important et complet.
- Une permanence médicale 24/24 h, qualifiée et spécifique, c'est-à-dire ayant en charge uniquement les malades de la structure de réanimation.

- Une permanence soignante assurée par du personnel expérimenté en nombre suffisant et affecté exclusivement au service ou à l'unité.

2. L'infirmier en réanimation :

L'infirmier de réanimation est avant tout un infirmier diplômé d'état avec une formation initiale de base, affecté plus ou moins à sa demande, dans un service de réanimation. Au mieux et suivant son choix professionnel il aura orienté sa formation initiale vers l'urgence et la réanimation (modules optionnels, stages...). Au pire, il aura suivi le tronc commun infirmier et n'aura jamais été confronté à un service de ce type.

Il est apparu au cours de mes entretiens que l'ensemble des professionnels ayant participé à l'accompagnement d'une famille endeuillée se doivent de garder un positionnement professionnel et ne pas se laisser submerger par leurs ressentis et leurs émotions personnelles.

On a pu m'expliquer que les soignants ayant fait le choix de travailler dans ces services difficiles tels que la réanimation, un travail sur soi de manière personnelle est nécessaire au préalable avant l'affectation dans le service. Ce travail permettrait au soignant la césure nécessaire entre les émotions personnelles et les histoires parfois lourdes émotionnellement rencontrées dans ces services.

C'est pourquoi nous ne pouvons pas être dans l'acte immédiat selon son ressenti mais en informer l'équipe pluridisciplinaire afin d'obtenir un accord collégial.

2.1. Un "spécialiste généraliste" :

L'un des paradoxes de son exercice réside dans une extrême spécialité associée à une grande diversité des pathologies prises en charges. La multiplicité des défaillances prises en charge en font un infirmier « spécialiste » (ventilation artificielle, différentes possibilités de dialyse, sensibilisation à l'hygiène et à la prévention des escarres...).

2.2. Un technicien à l'écoute du patient :

Aguerri sur l'aspect technique des soins dont il a la charge, l'infirmier de réanimation n'oublie pas pour autant la dimension globale de la prise en soin d'un patient extrêmement dépendant, dont le pronostic vital est parfois en jeu. Il doit associer cette compétence technique à une prise en charge attentive de la douleur physique ou psychologique du patient ou de ses proches. L'infirmier en réanimation est un technicien et non un simple exécutant. En effet, c'est un professionnel disposant d'une large autonomie, capable de s'inscrire dans une équipe polyvalente. Son professionnalisme repose sur sa capacité à établir des liens de façon éclairée dans un environnement complexe et à aller au-delà du prescrit tout en respectant bien évidemment les limites de son décret d'application et de compétences.

2.3. Un savoir-faire fondé sur l'expérience :

Envisagée comme une construction solide et élaborée après le socle de formation initiale, l'expérience est une réelle plus-value au service du patient hospitalisé en réanimation.

Cet exercice particulier requiert une réelle expertise et la formation initiale ne peut permettre à elle seule l'acquisition des compétences spécifiques indispensables à la réanimation. Il faut y adjoindre une formation complémentaire à l'arrivée en service de réanimation. Dans un contexte important de « turn-over », il est important que la richesse de cette expérience soit prise en compte et valorisée. Les services de réanimation représentent un environnement professionnel à la fois complexe et instable. Il est impossible d'en prévoir toutes les situations et d'anticiper les soins de manière systématique. L'infirmier de réanimation doit plutôt enrichir ses connaissances et son savoir-faire pour apprivoiser chaque situation rencontrée.

Parfois, lorsque le désespoir est trop criant, lorsque la souffrance est trop « voyante », l'attitude du soignant peut être étouffée par un discours enfermé dans une carapace bien étanche qui lui évitera de prendre en compte les émotions du malade et par la même occasion ses propres émotions.

2.4. Les mécanismes de défense des soignants

Pour créer cette carapace bien étanche, les soignants ont besoins de moyens de défense appelé couramment « mécanisme de défense des soignants », ils sont mis en œuvre depuis le début d'une maladie, dès lors que l'annonce du diagnostic contient déjà l'idée d'une mort potentielle. Ils ont pour fonction de protéger les soignants de l'angoisse renvoyée par le malade et sa famille, venant réactiver les propres angoisses du soignant.

Ces procédés sont utilisés différemment selon les personnalités de chacun et varient aussi dans le temps chez un même soignant. La manière de les mettre en œuvre, le moment où le soignant les utilise peuvent aussi bien protéger le patient que lui nuire considérablement.

Il y a 8 mécanismes de défense chez les soignants :

- ✓ **Le mensonge** : C'est sans doute le mécanisme le plus radical, le plus entier et le plus dommageable pour l'équilibre psychique du patient. Si le mensonge permet pendant un temps d'entretenir la confiance patient-médecin, il évite tout phénomène adaptatif pour le patient. Le travestissement de la réalité, par le biais de fausses informations, coupe court à tout échange.
Exemple : Une personne en fin de vie au courant de son pronostic demande à l'infirmière si elle va mourir. L'infirmière répond par un mensonge « non vous n'allez pas mourir ».
- ✓ **La banalisation** : Ce processus est tout aussi dangereux que le mensonge, car il revient à diviser le sujet souffrant. Le soignant privilégie par banalisation la souffrance physique en occultant a priori la souffrance psychique du patient or le patient souhaite avant tout être reconnu comme sujet désirant et en vie.
Exemple: un patient hospitalisé depuis longtemps dit « j'ai encore mal.» Le soignant lui répond : « ce n'est pas grave, vous avez mal tous les jours».
- ✓ **L'évitement**: La relation patient-soignant se trouve également privée de véritable communication lorsqu'il se protège en mettant en place le mécanisme de l'évitement. En effet, il s'assimile à un comportement de fuite permettant une

fois de plus de mettre à distance le patient et la maladie, en plaçant ce dernier par exemple en simple objet de soins.

Exemple : l'infirmière évite les situations qui la mettraient en difficulté (ne va pas voir un patient qui, pour elle, est difficile à gérer).

- ✓ **La fausse réassurance** : Par fausse réassurance, le soignant tente encore et toujours de gagner du temps en dissimulant la vérité. Il va ainsi optimiser les résultats et entretenir chez son patient une sorte d'espoir artificiel alors même que le patient n'y croît plus.
- ✓ **La rationalisation** : Le mécanisme de rationalisation lorsqu'il est employé par le soignant se retrouve dans un discours médical et paramédical hermétique derrière lequel il se retranche. Ainsi, le patient ne peut se raccrocher à aucun mot, aucun indice lui permettant de comprendre et l'autorisant à vivre dans l'attente, la confiance ou l'espoir
- ✓ **La dérision** : Autre comportement de fuite, la dérision réduit le patient au silence. L'angoisse du soignant trop lourde à porter les pousse parfois par ce biais à banaliser la souffrance du patient.
Exemple : Un patient a peur de passer une radiographie pulmonaire. Le soignant lui répond : « Ce n'est rien, ce n'est pas une IRM »
- ✓ **La fuite en avant** : Lorsque l'angoisse n'est plus gérable par les mécanismes défensifs cités précédemment, il se peut que le soignant « craque », que les barrières cèdent et que « tout soit dit et tout de suite » avec une charge anxieuse et anxiogène décuplée.
Exemple : Un patient pleure devant le soignant. Il ne réagit pas à ses pleurs et sort de la chambre.
- ✓ **L'identification projective**: C'est une tentative du soignant d'user totalement cette distance : il fait corps avec le patient. Il se met en effet à la place du soignant sans jamais toutefois y être. Il est en fait à l'écoute de lui-même.
Exemple : L'infirmière s'identifie au patient. « Si j'étais à sa place, je ferais cela...»

3. **L'étudiant en réanimation** :

3.1. **La formation infirmière en Réanimation (ancien programme, mon programme)** :

Comme j'ai pu le dire succinctement dans le paragraphe précédent, en France, les infirmiers exerçant en service de réanimation sont titulaires d'un diplôme d'Etat qui se prépare au sein d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers. Il s'agit d'une formation supérieure de 37 mois, qui est sanctionnée par un Diplôme d'Etat délivré par le Ministère de la Santé. La formation des étudiants en soins infirmiers est organisée en enseignement théorique, sous la forme de modules et en enseignement pratique, sous la forme de stages hospitaliers.

Concernant l'enseignement des soins infirmiers en réanimation, il est organisé autour d'un module intitulé "soins infirmiers aux urgences et en réanimation".

L'enseignement des soins en réanimation, urgences et transfusion représente un volume horaire de 80 heures. Depuis 2001, un stage de 4 semaines au sein d'un service de réanimation, d'urgence, soins intensifs ou de bloc opératoire est obligatoire. Ce stage se déroule lors de la troisième année ou en fin de deuxième année.

Pour les étudiants intéressés par ces secteurs d'activités, ils ont également la possibilité d'effectuer leur stage pré professionnel de six semaines au sein d'un service de réanimation.

A ce jour, il n'existe pas de formation spécifique, sanctionnée par un diplôme d'Etat, d'infirmier en réanimation. Pourtant, dispenser des soins de réanimation nécessite de disposer de connaissances et pratiques complémentaires. La spécialisation garantit pourtant la maîtrise d'un savoir et de pratiques dans un domaine de haute technicité. Il convient alors de poser la question suivante : La réanimation n'est-il pas « un secteur de haute technicité qui nécessite des savoirs spécifiques ? »

3.2. En Institut de Formation en Soins Infirmier :

Lors des trois années d'études, l'étudiant en soins infirmiers apprend, analyse de nombreuses pathologies et les soins infirmiers si rapportant mais il développe aussi des capacités psycho-sociale telles que l'écoute active, l'empathie, l'aide, le soutien et l'accompagnement. Ces compétences là sont tout aussi importantes et indispensable afin que l'infirmier puisse avoir une approche globale des situations qu'il rencontre notamment l'accompagnement et le soutien d'une famille endeuillée par la mort brutale d'un patient du service.

Afin d'assurer ce soutien indispensable, il est me semble important que le soignant puisse déjà avoir une approche de la mort et de cet accompagnement spécifique notamment à l'aide de cours, d'exemples et de témoignages. Hors, a part quelques cours sur l'accompagnement du patient en fin de vie soit en tout et pour tout une petite dizaine d'heures, le sujet est a mon avis peu abordé. Pourtant cet apport fondamental m'a manqué pour faire face à la situation clinique présentée au début de ce TFE.

3.3. La relation d'aide :

Même si la mort et l'accompagnement d'une famille en deuil sont très peu abordés dans notre cursus de formation, une partie du module de psychiatrie peut nous être utile dans ces situations délicates. En effet, afin d'assurer cette démarche d'aide et de soutien, l'infirmier est formé à la relation d'aide. Le rôle infirmier concernant la relation d'aide est inscrit dans les différents textes législatifs régissant la profession d'infirmier du code de la santé publique relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (décret du 11 février 2002). (ANNEXE 3)

L'article R. 4311-2, alinéa 5, « imposent aux infirmiers de s'inscrire dans la prise en charge de la douleur, de la détresse physique et psychique du patient et d'accompagner son entourage particulièrement en fin de vie... »

3.3.1. Les atouts pour une relation d'aide réussie et efficace :

Pour dispenser une aide efficace, l'infirmier doit accepter de s'investir dans la relation. En effet, plusieurs « qualités » importantes sont nécessaire afin d'être dans un soin efficace :

- a. L'authenticité : C'est le fait de s'exposer soi-même comme un outil de soins à part entière, d'être acteur du soin.
- b. La considération : Le soignant doit manifester l'attention qu'il porte à la personne sans aucune condition.
- c. L'empathie : C'est un processus dynamique où le soignant tente de comprendre le point de vue et le ressenti du patient sans chercher à le transformer, à le modifier.

Tout en mettant ces trois compétences en place pour une relation d'aide efficace, l'infirmière doit être consciente de ses ressources personnelles et professionnelles dans le but de les utiliser de façon optimale. En effet, si l'infirmier accepte la présence de ses propres émotions, elle pourra davantage les utiliser dans son rapport à l'autre. Cette connaissance de soi, va permettre à l'aidant, de s'investir de façon significative dans ce soin. Elle pourra donc adopter une attitude adaptée à cette relation d'aide.

J'ai voulu montrer à travers ce chapitre que l'infirmier est considéré comme le pivot essentiel de l'équipe, il peut s'entretenir avec le patient mais aussi avec l'aide soignant, la diététicienne, les médecins ou les chirurgiens bref c'est lui qui fait en quelque sorte le lien entre toutes ces professions. Je trouve également dommage qu'à ce jour, il n'existe pas de formation spécifique, sanctionnée par un diplôme d'Etat, d'infirmier en réanimation. Pourtant, je pense que de dispenser des soins de réanimation nécessite de disposer de connaissances et pratiques complémentaires que l'on ne trouve pas dans les formations initiales aujourd'hui.

Je me suis retrouvé lors de mon stage en réanimation en situation et il est vrai que le premier de mes commentaires a été « Mon Dieu! », comment allais-je faire pour me retrouver au milieu de toutes ces machines! En plus du matériel il faut se familiariser rapidement avec les alarmes. Je me suis mis rapidement dans la position qui était la mienne celle d'étudiant afin d'apprendre et de réaliser de nouveaux soins encore jamais vu (branchement de la dialyse, aspirations trachéales...).

Les débuts étaient difficiles, j'ai beaucoup douté de moi, beaucoup de remises en question. Ce qui m'a fait tenir c'est la petite voix me rappelant à chaque instant l'objectif de mon stage. Confirmer ou non mon projet professionnel. Je me suis accroché et grâce au soutien de l'équipe et au travail personnel que j'ai réalisé j'ai pu passer 4 semaines extraordinaires.

4. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn out :

Un service de Réanimation a ces avantages et ses inconvénients. En effet, c'est un service qui est passionnant ou les relations humaines et d'équipes sont primordiales mais c'est aussi un service pour l'avoir vécu de l'intérieur où les soignants sont confrontés à des situations difficiles (décès, deuil...) qu'ils ne peuvent gérer sans l'aide de toute une équipe.

J'ai souhaité consacrer une partie de mon travail de fin d'études à ce problème que malheureusement de plus en plus de soignant rencontrent. Il m'a semblé qu'un soignant ne pouvait être efficace dans l'accompagnement d'une famille après l'annonce d'un décès brutal d'un proche si et seulement si les soignants étaient eux même en capacité de surmonter ces épreuves.

J'ai pu, durant ce stage en réanimation, mais aussi à travers mes entretiens, observer, écouter et discuter avec le personnel soignant. Celui-ci se plaignait régulièrement de l'augmentation de la charge de travail, du manque de personnel et des patients avec des pathologies de plus en plus lourdes. A travers mes entretiens, j'ai pu constater qu'un certain nombre de mesures de préventions étaient mise en place dans les services de Réanimation et d'Urgences (matériel mis à disposition, la relation infirmières-médecins, les actions de formation, la reconnaissance des infirmières dans leur travail), mais l'ensemble de ces mesures intéressantes sont apparu comme insuffisantes ou utilisées de façon irrégulière.

Comment voulez-vous que les soignants apportent à leurs patients des soins de qualité quand eux-mêmes sont éreintés ?

En effet, pour moi, le métier d'infirmier ne consiste pas seulement à effectuer des soins techniques. Un soignant doit savoir communiquer avec le malade et s'adapter à chaque patient. Il doit l'encourager, le guider, l'accompagner dans sa maladie et ce, dans n'importe quelle situation. Je pense enfin qu'un soignant qui est victime d'épuisement professionnel ne sera bien ni dans son esprit ni dans son corps pour accompagner des personnes en souffrance, or pour, pouvoir prendre en charge des malades, il est important d'être bien soi-même.

L'épuisement professionnel est surtout connu sous l'appellation anglaise burn out. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), il se caractérise par « un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail ».

4.1. Comment éviter le syndrome d'épuisement :

Durant mes entretiens j'ai pu me rendre compte que tous les soignants avec qui je me suis entretenu m'ont affirmé que rien n'était fait dans les services pour aider et prendre en charge ceux qui au quotidien font face à la mort, face à la détresse, à la maladie et à la misère. A travers les entretiens et mes recherches personnelles j'ai pu émettre deux actions de prévention pour la plupart assez simple à mettre en place et qui permettront j'en suis convaincu de réduire la survenue d'un épuisement professionnel dans les services.

- Mise en place de groupes de parole dans les services (réunir les soignants d'un même service désireux de s'exprimer sur une situation et de permettre un temps d'échange).
- Correction des facteurs liés à l'organisation du travail (définir des objectifs de travail).

Je pense effectivement que dans les années à venir les soignants atteints de burn out seront de plus en plus nombreux. Une mauvaise organisation qui amplifie le manque de personnel, des patients toujours plus nombreux, une rentabilité des soins, sont à mon avis des multiples causes pouvant expliquer le ras-le-bol que ressentent certains soignants.

Je ne juge pas mais je pense qu'un infirmier qui s'engage dans ce genre de métier, il le fait car il a des valeurs fondatrices, il a envi de s'engager et d'agir pour les autres. Mais quant ces valeurs sont bafouées cela provoque la perte de l'accomplissement professionnel. Enfin je pense que nous vivons dans une société de plus en plus individualiste où les gens portent plainte pour un oui ou pour un non et la charge de travail a travers la justification permanente de nos actes ne fait qu'augmenter.

5. Le patient en réanimation :

5.1. La communication et l'information du patient :

L'hospitalisation d'un malade en réanimation est une agression physique et psychologique. Durant son séjour, le malade est dépendant d'équipements techniques et de compétences humaines pour la suppléance d'au moins une fonction vitale. Ce contexte particulier fait que la plupart des patients ne sont pas en mesure d'être informés ou de communiquer leurs souhaits concernant leur prise en charge.

Face à ce déficit contextuel d'information et en dehors des cas où le patient avait exprimé le souhait que l'équipe soignante (médecins et équipe paramédicale) ne communique pas d'information à ses proches, les équipes de réanimation s'adressent spontanément aux proches des patients.

L'évolution actuelle des recommandations sur l'information au patient impose une mise en question de la nature « paternaliste » encore appliquée en France de la relation médecin malade. L'autonomie du malade doit être valorisée, recherchée et prise en compte.

L'objectif de l'information répond à un triple impératif :

- 1 respecter les principes éthiques de la relation médecin-malade (bienfaisance, non-malfaisance, autonomie et justice).
- 2 satisfaire les règles déontologiques.
- 3 répondre à l'exigence légale du consentement aux soins.

En complément de l'information à apporter au patient, il a quelque soit le service ou il est accueilli des droits rassemblés dans une charte appelé « Charte du patient hospitalisé » (voir annexe I)

L'une des spécificités du contexte de la réanimation est l'élargissement du caractère théorique de la relation médecin – malade (classiquement définie comme un «sanctuaire» ou le patient n'a que peu de place) vers une relation « équipe médicale – patient – famille. En France, les décisions sont assumées le plus souvent par l'équipe médicale, les proches étant le plus souvent informés, quelquefois consultés, mais moins souvent impliqués dans les décisions. Le système de couverture sociale dont nous disposons conforte par ailleurs ce fonctionnement.

Compte tenu de la prise en charge vitale qu'impose la réanimation, la prise en charge du patient passe par plusieurs étapes importantes :

L'admission en service de réanimation et la prise en charge ont pour but de faire le diagnostic de ou des maladies qui ont conduit à la défaillance des organes et de traiter cette ou ces maladies, ainsi que, parallèlement :

- D'assurer le confort du patient par une sédation et/ou une analgésie
- De maintenir les fonctions vitales.
- De prodiguer les soins postopératoires en collaboration avec le chirurgien en cas d'intervention chirurgicale.
- De prévenir les complications liées aux actes invasifs de réanimation et à l'alitement prolongé.

a. Assurer le confort du patient :

Les différents traitements de réanimation ainsi que les soins postopératoires peuvent être douloureux et/ou angoissants pour le patient : une sédation est alors pratiquée par l'administration de médicaments équivalents à ceux de l'anesthésie générale (benzodiazépines, barbituriques, morphiniques, etc.). Ils provoquent une narcose (sommeil profond médicamenteux) et une analgésie (abolition de la douleur) réversibles à l'arrêt et que l'on peut maintenir aussi longtemps que nécessaire.

b. Maintenir les fonctions vitales:

La préservation des fonctions vitales est la préoccupation principale des acteurs de l'urgence, bien avant le traitement de la cause (pouls, ventilation pulmonaire, conscience, saturation en oxygène...)

c. Modalités de surveillance

En dehors de la surveillance clinique permanente effectuée par l'équipe soignante, une surveillance continue est également assurée par des systèmes électroniques avec écran, appelés "moniteurs".

L'évolution technologique a permis de disposer d'appareils de plus en plus performants avec alarmes sonores ou visuelles quand un événement anormal est détecté.

Ainsi s'affichent en permanence sur un écran au lit du malade : un tracé électrocardioscopique avec rythme et fréquence cardiaque, la pression artérielle, la teneur en oxygène des globules rouges, le rythme respiratoire, la profondeur du sommeil...

En outre, des examens échographiques divers, en particulier cardiaques, peuvent être pratiqués régulièrement au lit du patient.

d. Phase d'éveil

Quand l'évolution des fonctions respiratoires, circulatoires et neurologiques le permet, la sédation est arrêtée. La phase d'éveil fait alors suite à la phase de narcose : il peut y avoir un décalage plus ou moins long (de quelques heures à plusieurs jours) entre l'arrêt des médicaments anesthésiques et l'apparition des premiers signes de réveil.

Au début, le patient récupère des mouvements respiratoires spontanés. Il ne parle pas, n'obéit pas aux ordres simples et n'entre pas en relation avec l'environnement. Puis il ouvre spontanément les yeux et reprend progressivement conscience du monde qui

l'entoure : il suit du regard, s'oriente vers le bruit, avant de redevenir tout à fait conscient. Néanmoins, une désorientation ou une confusion peuvent persister encore quelques jours et ainsi faire apparaître des épisodes d'agitation.

e. Sortie de réanimation :

Les traitements spécifiques pratiqués en réanimation permettent de suppléer les fonctions vitales défaillantes en l'attente de la récupération du patient. L'évolution est donc le plus souvent imprévisible et le pronostic vital reste engagé tant que persiste une défaillance d'organe. Dans la majorité des cas, la récupération va être suffisante pour permettre la sortie de réanimation ; la durée du séjour en réanimation reste néanmoins difficile à prévoir, de quelques jours à quelques semaines. À l'issue de cette phase aiguë, dont les principes thérapeutiques ont été évoqués plus haut, une phase supplémentaire est nécessaire, celle de la réadaptation, dont l'objectif est de restaurer des capacités de vivre et de travailler aussi normales que possible.

L'assistante sociale travaille en collaboration étroite avec l'équipe médicale : auprès d'elle, on peut obtenir les renseignements administratifs utiles (prise en charge par la sécurité sociale, accident du travail, allocations, statut handicapé), des conseils juridiques, la prise de contact avec les centres de rééducation spécialisés si nécessaire, etc.

6. La famille en service de réanimation :

Lors de la partie précédente sur « le patient en réanimation » à de nombreuses reprises il a été question de la famille, il est évident que la famille prend une place importante dans un service de réanimation. Je pense même qu'il est important de bien connaître la famille au sens propre, c'est-à-dire en service de nouer des liens avec les familles des patients. Mais aussi au sens figuré c'est-à-dire de savoir ce qu'est une famille, sa place dans la société, etc. Cette partie me semble très importante dans ce TFE car c'est à cette famille que je vais m'adresser en tant que soignant demain si cette situation qui n'est pas rare devait se reproduire.

6.1. Sociologie de la famille dans notre société :

La famille constitue une unité élémentaire fondamentale de la vie en société dans le sens où elle permet une large part de la reproduction sociale. Il s'agit souvent du premier groupe dans lequel les individus se socialisent et apprennent à vivre en société. La famille est aussi une unité de base dans le cadre duquel sont réalisées une grande part de ces opérations quotidiennes essentielles des individus que sont leur nourriture, leur repos, leur éducation, leurs loisirs et, enfin, leurs activités sexuelles.

Dans les siècles précédents, il s'agissait aussi de l'unité qui permettait l'essentiel des activités de production, qu'elles soient agricole, artisanale ou commerciale. L'on peut constater que ce rôle a fortement diminué dans les sociétés modernes, cela montre à quel point la famille est en constante évolution et en interaction permanente avec le mouvement historique.

6.2. L'importance de la place de la famille en réanimation :

Cet aspect de la place de la famille en réanimation est très important et nécessaire. Pour nous soignant, nous ne devons pas remplacer la famille, nous devons rester à notre place de soignant et au contraire faire le maximum pour que le lien entre la famille et le patient se renforce.

Concernant l'accompagnement soignant et sa place dans ce triptyque Patient – Soignant - Famille, les familles ont besoins de nous car elles se retrouvent également en souffrance de voir l'être avec qui elles ont toujours vécu disparaître au fur et à mesure du temps.

Lors du processus de deuil de la famille suite à une mort qui arrive à grand pas ou bien suite comme c'est le cas dans mon TFE d'une mort brutale, les soignants ont besoins de cette proximité avec la famille et le patient si par chance il est encore conscient pour être acteur de ce deuil d'une mort prochaine. Pour toutes ces raisons il est important que ce tryptique si important en réanimation accomplissent ensemble ce processus (à des niveaux et des besoins différents bien sur).

Les soignants, au vu de cette situation se retrouvent donc avec une double responsabilité, celle du patient et de sa famille. En contre partie, c'est cette famille qui va nous permettre à nous soignant d'avancer dans l'accompagnement du patient mourant car la famille connaît le patient. Elle a un rôle important ; c'est elle qui va nous apporter les informations que nous ne connaissons pas, soit parce que nous ne l'avons pas remarqué ou bien parce que nous sommes occupés à effectuer des soins techniques ou relationnels à un autre patient mais aussi pris par la charge de travail toujours très importante en service de réanimation.

L'accompagnement du patient ne se fait pas seulement entre un soignant et un patient, il se fait également avec sa famille. Ce trinôme dont je parlais tout à l'heure: soignant - patient - famille, est devenue quelque chose de nécessaire à l'acceptation du patient à propos de son état, de sa vision de la mort.

Certes, alors que la famille est considérée seulement depuis peu comme des acteurs proprement dit des soins en réanimation, nous pouvons parfois faire face durant cet accompagnement à une pression de la famille qui voit leur être cher dans la souffrance, la révolte, le déni ou la tristesse.

6.3. La mort jusqu'au deuil de la famille :

Avant de pouvoir parler du deuil et en particulier de la première phase du deuil ou les soignants ont une vraie responsabilité envers la famille pour leur permettre d'amorcer ce processus il m'a semblé important de parler de la mort en quelques mots, comment est elle représentée dans notre société.

6.3.1. La mort :

Chaque société adopte une attitude particulière face à la mort. Certains voudraient la voir traitée de façon festive, ce qui se fait chez certains peuples africains.

D'autres n'envisagent aucunement d'aborder la disparition d'un proche sous l'angle de la bonne humeur et ne peuvent honorer la mémoire du disparu autrement que dans le recueillement et la tristesse. La mort est généralement un tabou. Pour tout être vivant, la mort est une réalité inéluctable: sa vie s'achèvera tôt ou tard par une mort définitive. Cet aspect de l'existence est un des défis les plus difficiles que la vie nous propose. Il peut sembler totalement désespérant et absurde à celui qui refuse d'y faire face et de l'assumer complètement. Mais pour celui qui parvient à accepter vraiment cette réalité, c'est toute la valeur de la vie, du présent, des relations interpersonnelles et du développement personnel qui se trouve changée.

La pensée de la mort nous obsède tous, parce que le temps nous travaille et nous inquiète. La mort est présente en arrière fond de nos angoisses sourdes et pourtant, même en y pensant souvent, nous y pensons sans savoir ce qu'elle représente. Devant la mort, chacun de nous se trouve placé dans une situation paradoxale : obsédé par une chose dont nous ignorons tout, tout en croyant en savoir assez pour la craindre ! C'est en outre l'Inconnu qui déstabilise. C'est complexe !

L'emprise de la religion sur notre société s'est considérablement affaiblie depuis la séparation des Églises et de l'État sous la Révolution Française. Si l'objectif, qui était de ruiner le pouvoir et l'autorité de l'Église, fut atteint, il s'ensuivit de lourdes conséquences. Quelques découvertes en biologie aussi soulèvent de grandes questions bioéthiques. Le clonage, les manipulations génétiques, la procréation in vitro, l'euthanasie, l'interruption volontaire de grossesse bouleversent notre conception de la vie et en même temps de la mort.

Un intervenant à manifesté son « droit de mourir quand il le veut, plutôt que d'être branché de partout ». « Pourquoi vivre quand on est un "légume" ? », dit-il. On lui fit remarquer qu'il ne s'inquiétait pas, dans son choix, de son entourage. L'euthanasie refuse certes l'acharnement thérapeutique mais il est délicat d'enlever la vie à quelqu'un, même lorsqu'elle est diminuée. Les soins palliatifs, qui sont par ailleurs de plus en plus courants, épargnent la souffrance d'un patient en fin de vie.

Enfin, la mort n'est pas un sujet auquel nous pensons volontiers. La plupart du temps, nous avons tendance à faire comme si cette réalité n'existait pas ou ne nous concernait pas. Pourtant, c'est une question qui nous touche tous directement. Du fait que nous sommes vivants, nous sommes voués à mourir tôt ou tard, d'une mort définitive.

6.3.2. La mort brutale :

La mort subite de l'adulte est très peu connue ou médiatisée, mais constitue un véritable problème de santé publique responsable de 30 000 à 50 000 décès par an en France. La mort subite est un décès brutal, survenant dans les heures suivant les symptômes quels qu'ils soient. La cause de décès est d'origine cardiaque dans 90% des cas.

Il n'est pas «normal», selon le sens commun, de mourir subitement ou rapidement au cinéma, en train, ou dans la rue, cette anomalie éveille le doute que la justice lève en considérant ces morts comme suspecte a priori, une vérification anatomique sera pratiquée. C'est donc une mort plus ou moins mystérieuse qui survient chez un individu en pleine santé apparente ou chez un individu atteint déjà d'une maladie connue mais dont l'évolution n'était pas normalement ou rapidement mortelle.

Les morts subites naturelles sont classées par les légistes en trois groupes :

- ❖ Morts subites lésionnelles de diagnostic évident : rupture d'anévrisme de l'aorte
- ❖ Morts subites fonctionnelles avec état pathologique préexistant : athérome coronarien sans aspect d'infarctus récent ou de thrombose occlusive fraîche.
- ❖ Morts subites fonctionnelles sans état pathologique préexistant.

La mort d'un proche est considérée, aux yeux de tous, comme profondément injuste. Elle provoque un ébranlement émotionnel considérable, surtout lorsqu'elle survient soudainement (accidents, infections foudroyantes par exemple), sans aucun signe d'alerte. Devant une telle mort, brutale et incompréhensible, la famille questionne les médecins. Les débuts des réponses apportées constituent souvent pour eux une première balise sur le long et douloureux parcours où ils ont été violemment projetés. C'est un premier point d'appui dans ce moment de bascule. Il sera relayé par d'autres, qui pourront les aider sur leur chemin, que ce soit les proches entre eux, les amis, l'appartenance à un groupe religieux, l'insertion dans une association de personnes ayant traversé la même épreuve, rencontre avec un psychiatre, un psychanalyste ou un psychologue, ou encore un mode beaucoup plus personnel de cheminement : écriture pour certains, création artistique pour d'autres, etc.

Malgré des étapes bien définies présentées ci-dessous le deuil d'un proche, c'est un processus de toute une vie, un long travail intérieur pour ceux qui demeurent pour toujours le papa, la maman, le frère ou la sœur parti trop subitement.

6.3.3. Le deuil :

« Le deuil est régulièrement la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, la liberté, un idéal etc... Il est très remarquable qu'il ne nous vienne jamais à l'idée de considérer le deuil comme un état pathologique et d'en confier le traitement à un médecin, bien qu'il s'écarte sérieusement du comportement normal. Nous comptons bien qu'il sera surmonté après un certain laps de temps, et nous considérons qu'il serait inopportun et même nuisible de le perturber».

Sigmund Freud

Il est à mon avis impossible de résumer le deuil à ces quelques lignes sans prendre en compte le rôle des associations au combien importante, des différentes aides proposées aux endeuillés tel que les interventions psychanalytiques ou une approche plus généraliste, les deuils pathologiques se traduisant par des processus non résolu avec à la clé des dépressions ou bien d'autres aspects encore que je ne peux aborder dans ce TFE. J'ai souhaité me concentrer sur le sens usuel (celui dont il est question dans le cadre de mon TFE) et sur les étapes de celui-ci. La notion de deuil se réfère à l'expérience de la mort d'autrui : Ce terme désigne tout d'abord la *perte liée au décès d'un être proche*, qu'il s'agisse d'un parent ou d'une personne chère.

Il désigne également la *réaction psychologique* consécutive à cette perte, qu'il s'agisse des différents états traversés par l'endeuillé (notamment la tristesse propre au deuil), ou du processus psychologique évolutif et prolongé ("travail du deuil") conduisant naturellement la fin de cette expérience. Le deuil, à la suite de la mort d'une

personne aimée, est une des plus grandes épreuves de la vie qui, un jour ou l'autre, atteint chacun de nous.

Source d'une grande souffrance, d'une véritable douleur morale, d'un profond désespoir, d'anxiété, de dépression et de manifestations fonctionnelles variées, le deuil est un facteur de déséquilibre transitoire, un traumatisme aux effets plus ou moins prolongés. Dans la majorité des cas, aussi pénible soit-il, le deuil suit normalement son cours et arrive à son terme. Pour 5 % d'entre eux, il va provoquer des complications au niveau de la santé physique, mentale, de l'équilibre psychologique et des relations sociales.

6.3.4. Les étapes du deuil :

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

J'ai souhaité développer un peu plus que les autres la première d'entre elle, car lors de mes recherches mais aussi lors de mes entretiens il m'a semblé que c'était la seule étape où le soignant avait sa place. Les soignants interrogés m'ont vraiment permis de me rendre compte que c'est de cette première étape l'annonce de la mort que dépendait la résolution du processus de deuil.

6.3.4.1. L'annonce de la mort, le choc :

L'annonce de la disparition d'un être cher aboutit souvent à un état de choc brutal, avec des réactions aiguës immédiates du type : « ce n'est pas possible », « ce n'est pas lui », « que nous arrive-t-il? ». Ces réactions sont d'autant plus vives quant la mort est inattendue ou brutale comme c'est le cas dans la situation de mon TFE.

Les modalités de l'annonce d'un décès à la famille par le médecin sont très importantes: En effet, le souvenir de cette annonce persistera douloureux très longtemps, et des mots malheureux prononcés par les soignants peuvent rester gravés dans la mémoire, entraînant des processus de deuil qui ne puisse pas aboutir ou rester incomplets.

Pour cette étape, il est capital que le sujet endeuillé soit confronté à la réalité de la mort. Il est important que la famille puisse toucher, voir le corps du parent décédé.

On peut observer des réactions somatiques importantes : évanouissement, crises de tachycardie, hypotension, oppression, gêne respiratoire, cris, pleurs, faiblesse musculaire. Parfois, on observe le réveil de certaines pathologies chroniques : angine de poitrine, polyarthrite, ulcère, etc... .

Les réactions relationnelles peuvent être majeures : sidération, retrait de la vie courante, panique devant tout ce qu'il y a à faire. Parfois, l'endeuillé refuse de quitter le corps, il se frappe ou s'en prend violemment aux soignants. Mais, le plus souvent il s'agit d'une phase très stéréotypée.

A travers mes entretiens, il a été question très souvent de la place de l'infirmier suite à l'annonce du décès brutal fait par le médecin.

Les soignants interrogés m'ont permis d'établir quelques « grands principes généraux » sur la place du futur professionnel que je serai dans quelques semaines j'espère, si une situation similaire à la situation présentée dans mon TFE venait à se reproduire. Je tiens à préciser que ce ne sont pas des réponses à la problématique rencontrée lors de ce TFE mais seulement des réactions de soignants qui ont bien voulu me faire partager leurs expériences et leurs vécus de soignant :

- 1 La réaction des soignants doit être calme : l'annonce doit si possible être programmée, dans une pièce calme : la famille doit pouvoir pleurer sans se donner en spectacle. Il faut répondre aux questions : la précision sur les circonstances du décès est importante pour la famille pour faire comprendre toute la réalité. Il n'y a pas lieu de cacher sa peine éventuelle et on peut accompagner la famille pour voir le corps, toucher et faire toucher le corps : tout ceci affirme la réalité de la mort.
- 2 Aider les personnes en deuil, c'est aussi en premier lieu être avec elles. Être avec une personne en deuil, c'est d'abord l'écouter. Il se trouve que les endeuillés passent par des états différents. Tantôt ils ont envie de parler inlassablement de la personne qu'ils ont perdue, tantôt ils n'ont plus envie d'en parler; ils restent silencieux. Les aider c'est aussi rester silencieux auprès d'eux et respecter ces phases.
- 3 Pour favoriser de plus le bon déroulement du deuil, il faut pouvoir exprimer son chagrin et toutes ses émotions douloureuses. L'endeuillé a besoin de pleurer la personne aimée aussi longtemps et aussi intensément qu'il le faut sans recevoir d'autres consolations qu'un contact physique, des bras, une épaule et un regard compatissant qui ne se détourne pas. Les paroles de consolation sont inutiles, voire déplacées parfois. L'endeuillé ne veut pas être consolé. il demeure inconsolable.
- 4 L'un des rôles de l'infirmier après l'annonce du décès à la famille c'est de rassurer les personnes en deuil et leur famille, de leur faire comprendre la normalité et la nécessité du deuil, de les encourager à parler entre eux de la personne disparue et à partager leurs émotions douloureuses avec le personnel du service ou bien même entre elles.
- 5 Un autre rôle auprès de la famille, c'est de permettre de faciliter l'accès aux démarches administratives et de leur donner les coordonnées des associations pouvant les soutenir dans ce deuil.

Les autres étapes du processus de deuil sont tout aussi importantes que l'annonce mais j'ai fait le choix comme je l'ai expliqué au début du paragraphe de développer seulement cette première étape car le soignant du service ou l'étudiant que je suis et qui a rencontré cette situation n'a de place seulement que pour cette première étape du deuil. Les autres étapes dont je parle succinctement en suivant sont bien évidemment des

phases par lesquelles l'endeuillé se doit de passer pour lui permettre d'arriver à un processus de deuil efficace.

6.3.4.2. Le Dén

C'est le refus de croire l'information. Sont utilisés des arguments et la contestation. Le rejet de l'information fait place à une discussion intérieure ou/et extérieure. Il ne faut cependant pas croire que la brièveté de cette phase signifie qu'elle n'est pas importante. Certaines personnes s'enferment dans cet état de déni, de refuge (préserver la chambre du disparu intacte, continué à mettre son assiette à table, etc).

6.3.4.3. La colère

C'est la confrontation avec les faits qui va engendrer une attitude de révolte, tournée vers soi et les autres. Les intensités peuvent être variables, selon la maturité affective de la personne. Sa pensée s'alimente de fortes contradictions. Elle peut s'emporter ou s'enfermer dans le plus grand mutisme. Des pulsions de vengeance peuvent ainsi la pousser à avoir des comportements qu'elle ne comprend pas elle-même. Elle doit faire le deuil, et passe par de nombreuses émotions : reproches, remords, ressentiments, dégoûts, de la répulsion, séduction ou agression. Exemple : « *C'est de leurs fautes, ils n'ont jamais rien fait pour elle* ».

6.3.4.4. La tristesse

C'est un état de désespérance. Exemple : « *Ce n'est pas juste, pourquoi ça lui arrive à elle, qu'est ce que je vais devenir sans elle* ».

6.3.4.5. La résignation

C'est l'abandon de cette lutte au cours de laquelle la personne peut avoir le sentiment d'avoir tout essayé pour revenir à la situation perdue. Elle n'a aucune visibilité de ce qu'elle peut faire. Elle agit au gré des circonstances. Cette résignation peut aussi se composer de rejet. Exemple : « *C'est la vie, ça devait bien arriver un jour* ».

6.3.4.6. L'acceptation

Dans cette étape, la personne accepte la perte (de l'être chère). En l'acceptant, elle est capable de garder les beaux moments mais aussi les moins bons. Elle commence à avoir plus confiance en elle, se sent mieux et l'avenir ne semble pas aussi noir qu'avant. Exemple : « *Je pense encore souvent à elle, mais je m'en sors* ».

VII. Problématisation

Suite à mes lectures, aux entretiens avec des professionnels et aux témoignages recueillis, j'ai donc réalisé mon cadre conceptuel, une problématique se dégage alors de ma question de départ.

Ma question de départ était:

Comment l'infirmier, suite au décès brutal, peut-il accompagner la famille le plus efficacement possible lors de l'annonce du décès et des moments qui suivent, afin d'amorcer un processus de deuil efficace ?

Je me suis donc interrogé sur les moyens et mesures mis en place pour accompagner ces familles endeuillés. De cette interrogation se dégage *une question de recherche*:

Pourquoi ais-je été démuné et dépourvu de toutes l'expérience soignante que j'ai pu engendrer au travers les stages et la théorie lors de mon soin auprès de la patiente décédée cela en présence de la famille

J'ai choisi de retenir cette question de recherche, afin d'y répondre dans l'analyse des hypothèses d'actions. Je remarque à travers ces recherches, quelque soit l'âge et l'expérience du soignant, la gestion d'une situation comme l'accompagnement d'une famille endeuillée est compliquée et délicate. J'ai pu mettre en évidence au travers ce TFE plusieurs causes probables des difficultés des soignants face à ces situations particulières.

Pour réaliser mon analyse, j'ai choisi pour ce faire de tenter d'apporter des éléments de réponse à ces causes probables des difficultés des soignants que je vais rappeler dans une première partie. Ensuite, dans un deuxième temps, je mettrai en évidence quelques hypothèses de résolution, d'actions qui pourrai permettre d'améliorer la prise en charge des familles endeuillées dans un service de réanimation.

VIII. Hypothèses de résolution

1. Causes possibles d'une « mauvaise » prise en charge de la famille endeuillée :

La première des causes que j'ai largement abordée au cours de ce TFE est à mon avis, un manque théorique important dans la formation initiale de l'infirmier. En effet, que ce soit la mort ou la prise en charge d'une famille endeuillée cela n'est que trop peu abordé. La relation d'aide est le seul cours sur lequel l'infirmier peut s'appuyer s'il se retrouve dans une telle situation.

La deuxième cause probable que je peux mettre en évidence suite à mes entretiens est la charge de travail. En effet, les infirmiers sont aujourd'hui des professionnels qui doivent cumuler une charge de travail de plus en plus importante et tout aussi diverses. Par manque cruel d'infirmiers en France, par pénurie de médecins dans certaines régions, par manque parfois d'une meilleure organisation, ce sont les infirmiers en activité qui doivent pallier ces manques. Les infirmiers ont donc chaque jour un peu plus de travail et de responsabilité, cette situation ne permet pas de se libérer du temps lorsque une famille se retrouve dans le deuil.

La troisième cause probable est que l'infirmier en réanimation est peut être trop technicien. En effet, vu la charge de travail journalier de l'infirmier, entre la bonne administration des soins au patient selon les protocoles établis, l'application des protocoles administratifs (planification, mise à jour du dossier...), la coordination des actions entreprises autour du patient par les aides-soignants, les agents de service hospitalier, le ministre du culte. Il n'a plus le temps nécessaire pour lui permettre de s'occuper au mieux de l'aspect humain. Certes, un lien, une communication existe bien entre l'équipe soignante, le patient et la famille, mais si une situation exceptionnelle venait se rajouter à tout le travail de la journée, du type un décès, je pense qu'il est difficile pour l'infirmier de se libérer tout le temps nécessaire pour accompagner au mieux la famille endeuillée et cela malgré toute la bonne volonté des professionnels.

La quatrième difficulté pouvant être à l'origine d'une mauvaise prise en charge d'une famille endeuillée est à mon avis les renvois à des situations personnelles et un manque de distance thérapeutique. Je pense en effet malgré la difficulté et la douleur engendrée par une telle situation, certains professionnels devant gérer une situation si difficile peut être très mal vécu, si lui-même il y a peu, a eu à vivre une situation similaire ou s'y rapprochant. A ce moment là je pense effectivement que l'infirmier ne peut plus être dans le soin et devra à mon avis passer la main à un collègue. Concernant la distance thérapeutique, même si comme je l'ai précisé plus haut, les patients ne restent que peu de temps en service de réanimation, il arrive parfois que tout simplement le positionnement du soignant par rapport au patient évolue de manière inconsciente et entraîne ensuite une situation délicate pour les suites de l'hospitalisation. Cette situation délicate pouvant dévier sur des conduites à risque du type: mécanismes de défenses qui se mettent en place (vu précédemment dans le cadre conceptuel)

Enfin la cinquième et dernière difficulté est la complexité des histoires familiales. En effet, chaque famille, chaque deuil, chaque vécu et chaque patient sont différents et les histoires qui peuvent sembler si similaires au départ « l'accompagnement d'une famille endeuillée » se transforment souvent en une situation unique. Les réactions des familles peuvent être très différentes suivant la situation et parfois gêner la prise en soins du personnel soignant pour un accompagnement efficace. Par exemple, une famille avec des parents de la personne décédée pouvant être agressif et en colère.

Même si la colère est bien souvent un des premiers sentiments éprouvés lors de ce choc émotionnel induit par la perte d'un être cher. Elle peut s'accompagner d'un ressentiment et même mener à une sorte de rage et ne permet pas à l'équipe soignante de les aider efficacement.

2) Hypothèse d'actions :

Face à ces causes possibles de mauvaise prise en charge d'une famille endeuillée, le soignant a besoin d'outils pour lui permettre d'être dans une prise en charge efficace.

1^{ère} action : La toute première action à mettre en place consisterait à créer une salle spécifique pour accueillir les familles à qui nous devrions annoncer la mort d'un de leur proche. Lors de mes entretiens j'ai pu constater que les soignants travaillant dans le service de réanimation manquait d'espaces dédiés aux familles dans la nécessité de se retrouver pour se soutenir mutuellement. Actuellement l'annonce à une famille se faisait dans le bureau du cadre, du médecin, dans la salle d'attente quant il y avait personne ou alors plus angoissant à mon avis au chevet du patient comme c'est le cas dans ma situation. Je pense nécessaire de pouvoir trouver un local dédié à l'accueil de la famille ou ils pourraient trouver tout ce qu'il faut dans ces moments si difficiles (des chaises, boissons, téléphone et numéro utile tels que celles des pompes funèbres...).

2^{ème} action : Lors des entretiens je me suis rendu compte qu'il était possible de mettre en contact la famille avec des associations et des groupes d'aides ou d'écoute. Je pense effectivement nécessaire de mettre cela en place systématiquement au travers d'une brochure avec les numéros importants car je me suis aperçu que ce n'était jamais les familles qui faisait le premier pas pour demander aux soignants une aide. Dans un deuxième temps sûrement qu'il serait nécessaire de façon individuelle de pouvoir leur proposer suivant les circonstances bien sur, un soutien psychologique avec des professionnels dans ces premières heures de deuil.

3^{ème} action : Pour l'équipe soignante, au travers de mes entretiens je me suis aperçu qu'il y avait un manque important à mes yeux, ce sont les groupes de parole ou les débriefings individuels ou collectif suivant la situation. Paradoxalement je pensais cela nécessaire et les professionnels interrogés m'ont affirmé qu'ils ne ressentaient pas le besoins de ce genre de soutien. Effectivement lors de mes stages dans les services des Urgences et de Réanimation j'ai pu constater que les équipes étaient très liées (de l'aide soignant au médecin en passant par le cadre et les infirmiers) et que les pauses (café, déjeuner ou diner) servaient bien souvent de débriefing d'équipe. Je pense donc que ce genre de réunion hebdomadaire ou mensuel autours de psychologue n'est pas obligatoire en revanche je pense nécessaire de pouvoir y avoir accès de manière collective ou surtout individuelle si la situation nécessite de verbaliser le traumatisme et donc éviter l'accumulation de stress généré par ces expériences de souffrance. Cela pour permettre aux soignants de leurs garantir une carrière professionnelle fondée sur un équilibre psychique et de longévité.

4^{ème} action : J'ai pu constater toujours au travers ces entretiens que les formations et les congrès n'étaient pas accessible à tous. Hors je pense que ce genre de formations ou de congrès sur la prise en charge d'une famille endeuillée après l'annonce d'un décès brutal nécessaire. Cela permettrait tout d'abord de suppléer les manques de

la formation initiale et d'apporter aux soignants un apport théorique sur leur rôle dans la gestion de telles situations. Ca leur permettrait aussi je pense de pouvoir par la suite faire un travail sur soi-même en autre pour supporter une anxiété majeure que procure une telle situation.

IX. Conclusion

Au terme de ce travail de fin d'étude, résulte d'un questionnement incessant qui a grandi tout au long de ma formation en soins infirmiers, suis-je prêt à devenir aidant, à devenir soignant ? J'ai pour projet professionnel de travailler en service de réanimation ou d'urgences. Je suis convaincu d'une chose, être soignant est un métier passionnant qui nécessite bien sur des connaissances théoriques indispensables ainsi qu'une technicité essentielle. Mais ce métier est aussi basé sur un soin haut combien important dans notre société individualiste d'aujourd'hui, les soins relationnels. L'humanisme, l'écoute, le respect, la dignité, l'accompagnement, l'empathie sont autant de qualités et de valeurs dont doit faire preuve un soignant.

Ce travail de recherche m'a démontré que de prendre en charge une famille, une personne dans la détresse touchée par le deuil d'un proche décédé brutalement est un soin particulièrement difficile qui ne s'improvise pas. La prise en charge d'une famille endeuillée fait appel à de nombreuses connaissances personnelles et professionnelles et nécessite aussi une remise en question permanente de soi. La mort, son engagement au service d'autrui, un éventuel burn out sont des réflexions que doit avoir un soignant avant de prendre le risque de se confronter à une telle situation angoissante.

Il est vrai que durant notre formation, on nous demande de contrôler nos émotions. En contre partie, si le soignant a des émotions, des sentiments, il doit pouvoir les évacuer en mettant des mots sur ces maux. Dans ce type de relation qui est l'accompagnement d'une famille endeuillée brutalement, il est primordial de prendre son temps bien qu'il soit précieux. Le soignant doit adopter une attitude empathique, il doit également savoir être proche de la famille lorsque ces derniers en ont le besoin, garder aussi une distance qui va lui permettre de s'assurer une protection mais aussi savoir rester à sa place. En aucun cas il ne doit parler au nom du patient parti trop tôt, même si pour de multiples raisons cela peut être aidant pour la famille.

N'oublions pas que chacun est singulier, qu'il soit patient, famille ou soignant, mais devant certaines situations de détresse, notamment celle de la mort, du deuil il est parfois difficile de rester professionnel. Trouver une juste distance et savoir adapter ses gestes et ses paroles à la situation à travers ses propres émotions, exige du soignant une véritable réflexion préalable.

Ces quelques mois de recherches sur un sujet si passionnant ne peut pas laisser indifférent le soignant que je serai, j'espère, dans quelques semaines. La distance et la proximité sera la difficulté permanente de mon futur métier, je l'ai vécu durant ces trois années, à travers les différents stages qui ont jalonné ce temps de formation. A ce jour, le sujet exploité ne sera jamais finalisé, car l'attitude soignante passe par la remise en question perpétuelle de notre pratique.

A travers ce travail de fin d'étude j'aurai aimé aborder une question qui me passionne tant et qui fait suite à la mort brutale d'un patient jeune, la place du don d'organes dans notre société. Malheureusement ce sujet est aussi très vaste, très complexe pour l'aborder en seulement quelques lignes. Je n'ai donc volontairement pas voulu le traiter. Il est vrai aujourd'hui que le manque de donneur potentiel fait réfléchir et me fait me poser une ultime question pour terminer ce TFE. Le don d'organes ne permet t'il pas aux familles de pouvoir faire un deuil plus efficace car c'est en quelque sorte de redonner la vie dont il est question ? *Vaste sujet...*

Voilà une nouvelle page qui se tourne...

X. Bibliographies

Livres, revues, dictionnaire :

Larousse médical, édition 2005

Revue soins, Ethique et Pratique, Juillet 2005, numéro 697

Le Travail Emotionnel des Soignant à l'Hopital, MERCADIER Catherine, édition Seli Arslan, 2006

Vivre le deuil. Moreau E. Collection Guide France Info. Paris, Jacob, Duvernet 2001 : 239 p.

Repères pour vous, parents en deuil. Levêque I, Ernoult A, Canoui P et Hubert Ph. Fondation de France

Décès : annonce et prise en charge, Revue Soins Gériatrie, Novembre / Décembre 2006

Le décès à l'hôpital. Règles et recommandations à l'usage des personnels, DUPONT Marc, édition Lamarre, 429 p.

Faire son deuil, vivre un chagrin. Un guide pour les proches et les professionnels, KEIRSE Manu, Edition De Boeck, Paris, 251 p.

L'hôpital face à la mort, MANICOT Claire, l'infirmière magazine, n°154, novembre 2000.

L'accompagnement des familles lors d'un deuil, Revue de l'infirmière, n°129, Avril 2007

Les deuils dans la vie; deuils et séparation chez l'adulte et chez l'enfant, HANUS M, 331p

Sigmund Freud, Deuil et mélancolie (1915), in Métapsychologie, Paris, Gallimard (extraits).

Mélanie Klein, Deuil et dépression. Payot, 2004

Vidéos :

Dr Michel SFEZ, Le patient acteur de sa sécurité, 18:49
Disponible sur <http://www.sfar.org/article/210/egar>

Textes législatifs et règlementaires :

Décret n° 74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux

Décret 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et des infirmières.

Décret no 97-1039 du 14 novembre 1997 portant application de l'article L. 2223-39 du code général des collectivités territoriales et relatif aux chambres mortuaires des établissements de santé

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2005 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière.

Sites Internet:

Je souhaite vous préciser que les sites internet que j'ai exploités sont des sites validés par des organismes de santé connus et reconnus. Je ne me suis pas attardé sur des sites internet commerciaux où les informations ne sont ni vérifiées ni vérifiables.

Comité sur la santé psychologique du personnel de l'Université Laval
Auteur : Michel Vézina, Professeur (médecin), Département de médecine sociale et préventive
Le burn out, l'épuisement professionnel
<http://www.santepsy.ulaval.ca/sgc/pid/323>

Auteur : Sonia Lupien, spécialiste en neurosciences, directrice du Centre d'étude sur le stress humain de l'Hôpital Louis-Hyppolyte Lafontaine de Montréal.
http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=epuisement_professionnel_pm

Donner du sens aux valeurs soignantes
Auteur : Frédéric Venaut
<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article142>

Collège National des Universitaires en Psychiatrie,
Rédacteur : Patrick HARDY,
http://www.med.univ-angers.fr/discipline/psychiatrie_adulte/cours/70-deuil.htm

Département d'Information Médicale Centre Hospitalier André Bouloche, Montbéliard.
Auteur : Docteur Pierre MILLET
<http://epsse.univ-fcomte.fr/ressources/bibliotheque/cours/deuil/Deuil.pdf>

XI. Annexes

ANNEXE I :

Charte de la personne hospitalisée

Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

Principes généraux



Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.



Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en oeuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



L'**information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



Un **consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.



Une personne à qui il est proposé de participer à une **recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.



La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.



La **personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la **confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.



La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un **accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges

ANNEXE II :

Entretien semi directif

Mes entretiens:

- Infirmières et/ou infirmiers en réanimation, aux urgences, en médecine C.
- Cadre infirmier
- Coordonnateur des greffes

Questionnaire:

1) Présentation des soignants interrogés?

- Sexe,
- Age,
- Année du DE
- Service nombre d'années dans ce service,
- Autres postes occupés.
- Le choix du professionnel de travailler en réanimation et aux urgences.

2) Confrontation à la mort/ Ressenti de l'infirmier(e) :

- Lors de votre parcours professionnel, avez-vous été confronté à la mort « brutale » d'un patient?
- Si oui : Dans quelles circonstances ?

3) Suite au décès qu'avez-vous ressenti ?

(Impuissance, colère, tristesse, culpabilité, soulagement, renvoi à une situation personnelle...).

4) Avez-vous participé à :

- Accueil dans le service et prise en charge de la famille avant l'annonce du décès?
- Après l'annonce du décès ?
- Accompagnement de la famille auprès du défunt ?
- Renseignements administratifs ?

- Seul(e) ou en équipe ?

5) Ma question de recherche porte sur la nécessité d'accompagner une famille dans le service suite à l'annonce du décès d'un de leurs proches.

- De quelle manière avez vous procédé?
- Quelles difficultés avez vous rencontré?
- Quelles compétences utilisez-vous afin d'assurer cet accompagnement ?

6) Les réunions d'équipe (différent des transmissions) sont utilisées dans de nombreux services ; elle permet à l'équipe d'effectuer ce passage, et de faire face à ses propres émotions :

- Est-elle utilisée dans votre service ?
- Si non, aimeriez-vous qu'elle soit utilisée ?
- Pensez-vous que cette méthode est utile ? Pourquoi ?
- Méthode utilisée dans le service ?
- Utilité de cette méthode
- Volonté des soignants

7) Quels sont les moyens mis à votre disposition, dans le service, pour mieux accompagner, une famille endeuillée ? (Formation, participation à des congrès, projet dans le service, protocoles...).

Qu'est-ce qui, selon vous, pourrait vous aider dans cette situation et qui n'est pas présent dans le service ?

- Avez-vous quelque chose à rajouter?

ANNEXE III

II.1 CODE DE LA SANTE PUBLIQUE :

article R 4311-2 relatif aux devoirs généraux

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans un souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci, dans ses composantes physiologiques, psychologiques, économiques, sociales et culturelles :

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

II.2 Code de la santé publique :

Article 4312-25 relatif aux droits du patient

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