



## Abord des proches lors de la réanimation d'un patient victime d'un arrêt cardiaque

F. ADNET<sup>1</sup>  
P. JABRE<sup>2,3</sup>

### Points essentiels

- L'attitude vis-à-vis des proches lors d'une réanimation cardio-pulmonaire reste très débattue.
- L'attitude inappropriée de l'équipe soignante envers les proches d'un patient pourrait être un facteur déterminant dans l'apparition de troubles psychologiques.
- L'annonce d'un décès doit obéir à des règles de communications strictes.
- Le comportement de l'équipe soignante vis-à-vis des proches doit être défini par des protocoles connus de tous.
- La présence de proches pendant la réanimation d'un patient en arrêt cardiaque semble être bénéfique.

### 1. Introduction

Le paradoxe des urgentistes est de bénéficier d'une image d'Épinal de « *chevaliers blancs capables de sauver la vie à tout prix* » grâce à une parfaite maîtrise de la technicité de la réanimation et de la médecine d'urgence. Or le plus souvent, la réalité ne correspond pas à ces images et ce sont l'échec et la mort, omniprésente

1. Urgences – Samu 93, Hôpital Franco-Musulman Avicenne, 125 rue de Stalingrad – F-93009 Bobigny cedex.

2. Inserm U970 – PARCC, Université Paris-Descartes, Paris.

3. Samu 75, AP-HP, hôpital Necker-Enfants Malades, 75730 Paris Cedex 15.

Correspondance : Frédéric Adnet – Urgences – Samu 93 – Hôpital Avicenne – 93000 Bobigny. frederic.adnet@avc.aphp.fr

dans chaque appel, qui prédominent même s'ils sont souvent niés. C'est en effet en partie cette négation qui va motiver le départ et l'action de l'équipe SMUR. Les conséquences sur l'entourage sont peu évoquées malgré plusieurs problématiques résultant de cette situation : admettre l'entourage familial pour le « *laisser voir la réanimation* », l'annonce de la mort et l'impact de ces situations sur l'équipe du Smur, médecins, stagiaires et soignants.

L'attitude vis-à-vis des proches lors d'une réanimation cardio-pulmonaire reste très débattue. Il n'existe aucune étude de haut niveau de preuve permettant de recommander clairement une pratique.

## 2. Les proches et le deuil – le deuil pathologique

L'éventuelle prévention d'un deuil pathologique est le bénéfice le plus souvent reporté dans la littérature lorsqu'une démarche envers la famille est entreprise par l'équipe soignante. La plupart des auteurs considèrent que le deuil normal s'accompagne pour les proches d'une souffrance non pathologique pouvant se manifester par un stress adapté : réactions émotionnelles intenses, s'exprimant par des pleurs, des tremblements, une tachycardie.

Dans certains cas, on assiste à un stress dépassé pouvant être caractérisé par un état de sidération au cours de laquelle le sujet est prostré, incapable de réagir et n'est pas en mesure de comprendre. Dans d'autres cas, on a une réaction d'agitation lors de laquelle le sujet n'est plus maître de lui, présente une hypermotricité sans rapport avec la situation, proche de la panique et pouvant même le mettre en danger. Un autre type de réactions liées au stress dépassé est l'acte automatique : le sujet réalise de façon répétitive des gestes simples, courants, souvent incongrus par rapport à la situation, témoignant d'une intense désorganisation psychique (1).

Le deuil pathologique n'a pas de spécificité particulière. La réaction peut se manifester par une dépression pouvant aboutir à un syndrome de stress post-traumatique ou de deuil non résolu. Certains facteurs pouvant être déterminants et influencer de manière négative le processus de deuil, ils doivent être soulignés (2).

- l'annonce du décès : l'annonce mal faite, sans tact, ressentie comme violente, ou l'absence d'annonce claire, comportant notamment « le non-dit », risquant de provoquer une évolution traumatique du deuil.
- L'absence du corps : l'impossibilité de visualiser le corps du disparu, de se recueillir auprès de lui, est génératrice d'un taux plus élevé de deuils pathologiques que lorsque le corps a été retrouvé (3).
- la mort d'enfants : en raison de l'intensité du lien et du sentiment d'injustice qu'elle génère.
- Le suicide : il peut intensifier un sentiment de culpabilité ressentie.
- l'isolement : ressenti comme une absence de soutien, l'isolement est un autre facteur d'aggravation du deuil.

### 3. La présence des proches lors de la réanimation

Les recommandations de 2005 et de 2010 de l'European Resuscitation Council mentionnaient que la présence des proches pendant la réanimation pourrait être bénéfique mais ne formulaient aucun niveau d'évidence et aucune recommandation spécifique (4, 5). Ces bénéfices théoriques étaient cités comme la prévention d'un deuil pathologique (dépression, stress post-traumatique, deuil compliqué), la compréhension de la réalité de la mort, la vérification que tout a bien été tenté et la présence dans les derniers instants de l'être cher (6). Mais ce bénéfice était contrebalancé par un certain nombre de risques théoriques : interférences avec le déroulement de la réanimation, stress de l'équipe soignante et l'éventualité de conflits médico-légaux (7). Une étude de 1988 comparant le ressenti des soignants en présence des proches lors de la réanimation de 25 patients (dont 3 survivants) vs. un groupe témoin de 24 patients sans présence de proches indiquait que « les équipes médicales étaient convaincues du bénéfice résultant de la présence de proches s'ils le souhaitaient ». À six mois, le score psychologique semblait meilleur dans le groupe des proches présents par rapport au groupe témoin (8).

Une étude sur mannequin comparant l'effet de la présence ou de l'absence de proches sur la réalisation de la réanimation cardio-pulmonaire par des internes et médecins d'urgence montre que la présence de tiers peut avoir un impact significatif sur la réalisation des gestes de réanimation. Les participants ont été répartis en 3 groupes : sans proches, avec des proches passifs, avec des proches « réactifs ». Si les délais d'intervention et de réalisation des gestes étaient similaires dans les 3 groupes, les délais d'administration du choc électrique par le défibrillateur étaient plus longs dans le groupe des « proches réactifs » (2,57 min) que dans celui des « proches passifs » (1,77 min) et dans le groupe témoin (1,77 min). Le nombre de CEE délivrés était plus élevé dans le groupe « sans proche » (6 CEE) et dans le groupe « proches passifs » (6,5 CEE) par rapport au groupe « proches réactifs » (4 CEE) (9).

Une autre étude prospective réalisée en 2009 et portant sur l'influence de la présence de la famille lors d'une réanimation pédiatrique en traumatologie incluait 705 patients dont 283 avec présence de la famille le jour de l'événement et 422 sans présence familiale. Les résultats indiquaient que l'accès au scanner était similaire dans les deux groupes et que l'on ne constatait pas de différence clinique importante entre le groupe avec famille et le groupe sans (10).

#### 3.1. Réticences de l'équipe soignante

Concernant les réticences de l'équipe soignante à la présence de membres de la famille lors d'une réanimation cardio-pulmonaire, une étude américaine indiquait que 80 % des médecins y étaient défavorables pour les adultes et 86 % pour les enfants ( $p < 0,05$ ). Cette opposition est plus faible parmi les infirmiers(ères) : 43 % étaient défavorables pour les adultes mais 83 % pour les enfants (11).

En France, une enquête prospective auprès des équipes soignantes des Samusmur tenant compte de 2 676 réponses analysées révélait que 63 % acceptaient la présence du proche à sa demande et que 35 % sont prêts à le proposer systématiquement. Les motifs invoqués dans les réponses négatives sont le choc psychologique pour les proches, la perturbation de la réanimation et le stress de l'équipe soignante. Les risques médico-légaux non décrits sont ceux pouvant être invoqués à la suite d'une réanimation non efficace, d'un échec des gestes, du comportement de l'équipe (12).

Dans deux autres études, on a observé 11 plaintes de réanimation excessive (20 %) mais sur 39 familles interrogées 95 % déclarèrent avoir compris les efforts et le déroulement de la réanimation (13, 14).

### 3.2. Protocole de communication

Un protocole de communication avec les proches est indispensable dans le bon déroulement de la relation proches/soignants et doit tenir compte des éléments suivants (15) :

- Avant l'entrée du proche, expliciter l'apparence du patient, les traitements administrés, les techniques utilisées.
- À l'entrée du proche, les gestes les plus invasifs ont été effectués. Le proche peut sortir à tout moment. À la fin de la réanimation, l'accompagnant dirige le proche en dehors de la pièce.
- L'annonce du décès (mort) doit se faire avec empathie mais sans débordement. Il peut être nécessaire de réexpliquer les gestes de réanimation. On proposera au proche la possibilité de se recueillir auprès du défunt en respectant sa souffrance. Il faut insister sur l'importance des funérailles et fournir des explications quant à la procédure administrative à suivre. Il faut proposer au proche la possibilité de rappeler si besoin le médecin traitant ou le Samu.

Les comportements à éviter sont :

- le débordement émotionnel. On ne doit pas pleurer sur la victime avec le proche qu'il faut éviter de culpabiliser.
- l'annonce à un tiers doit être également proscrite de même qu'une annonce trop brutale et on doit également éviter d'invoquer la technicité de la réanimation.

L'équipe soignante doit respecter les silences, la survenue d'un déni ou d'un sentiment de culpabilité.

Le décès d'un patient à l'issue d'une tentative de réanimation a également un impact sur l'équipe SMUR. La mort peut réactiver des deuils personnels. Elle peut provoquer un décalage entre l'idéal professionnel et la réalité par une banalisation des événements traumatiques ou être un facteur de fuite dans la technicité de la réanimation : « il convient de s'habituer à ne pas s'habituer ». En 1999, une étude de Jehel et coll. auprès d'équipes de Samu montrait 36 % de scores élevés d'épuisement professionnel, 50 % de scores élevés d'anxiété et 20 % de dépressions (16).

### 3.3. Impact du décès sur un proche présent lors de la réanimation : étude PRÉSENCE

En France, l'étude « Présence » avait pour but d'évaluer les conséquences psychologiques d'un décès sur un membre de la famille lorsqu'on lui donne la possibilité d'assister à la réanimation cardio-pulmonaire. L'objectif principal était de comparer la présence de stress post-traumatique lié au décès d'un patient sur un proche pour lequel l'équipe soignante a proposé d'assister à la réanimation cardio-pulmonaire par rapport à un groupe pour qui l'équipe soignante n'a pas modifié sa prise en charge habituelle.

Sur le plan méthodologique, il s'agissait d'une étude interventionnelle ouverte, prospective, multicentrique, contrôlée. La randomisation était faite par centre participant. Dans chaque centre investigateur, pour les groupes « intervention » il était demandé aux proches s'ils veulent assister aux manœuvres de réanimation. Les groupes contrôle procédaient de manière habituelle.

Le critère de jugement principal était le score de stress post-traumatique (IES) évalué à 3 mois. Les critères de jugement secondaires sont l'échelle de deuil pathologique (ICG), les scores de dépression et d'anxiété (MINI, HAD), le suivi psychologique (Cs spécialisées, prescription, TS), l'existence de recours médicolégaux, la qualité de la réanimation cardio-pulmonaire, le stress de l'équipe soignante, les décès.

L'étude a débuté en novembre 2009 et s'est terminée en novembre 2012. Cinq cent-soixante-dix patients ont été inclus et randomisés. Deux cent trente-trois patients ont été analysés dans le groupe contrôle et 242 dans le groupe intervention. Le pourcentage de stress post-traumatique était significativement plus important dans le groupe contrôle (37 % vs. 27 %,  $p = 0,02$ ). Lorsque la famille était réellement présente ( $N = 289$ ), les scores IES et HADS étaient significativement plus bas (21 vs. 26 ;  $p = 0,006$  et 9 vs. 12 ;  $p = 0,002$  respectivement). La survie au 28<sup>e</sup> jour n'étaient pas influencée par la présence d'un proche (3 % vs. 4 % ;  $p = 0,64$ ). L'EVA évaluant le stress du médecin ne différait pas significativement selon la présence ou l'absence d'un proche (8,5/100 vs. 10/100,  $p = 0,38$ ). Cette étude concluait que la possibilité donnée à un proche d'assister à la réanimation d'un membre de sa famille était associée à une diminution de la fréquence d'un stress post-traumatique à 3 mois. La présence d'un proche ne perturbe ni la réanimation ni le stress du médecin urgentiste (17).

## 4. Conclusion

L'équipe soignante doit interagir de manière active avec les proches du patient dont ils ont la charge. Cet échange doit être préparé et encadré par un protocole de communication. Faire prendre une part active aux proches dans les soins du patient semble bénéfique en terme de conséquences psychologiques.

## Références

1. Prieto L., Jehel L., Bagou G. L'équipe Smur face à la mort. In: SFMU, ed. L'urgence et la mort. Paris : SFEM Éditions ; 2005 : 173-83.
2. Prigerson H.G., Bierhals A.J., Kasl S.V., et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry* 1997 ; 154 : 616-23.
3. Chapple A., Ziebland S. Viewing the body after bereavement due to a traumatic death: qualitative study in the UK. *BMJ* 2010 ; 340 : c2032.
4. Baskett P.J., Steen P.A., Bossaert L. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 8. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation* 2005 ; 67 Suppl 1 : S171-80.
5. Lippert F.K., Raffay V., Georgiou M., Steen P.A., Bossaert L. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation* 2010 ; 81 : 1445-51.
6. Tsai E. Should family members be present during cardiopulmonary resuscitation? *N Engl J Med* 2002 ; 346 : 1019-21.
7. Helmer S.D., Smith R.S., Dort J.M., Shapiro W.M., Katan B.S. Family presence during trauma resuscitation: a survey of AAST and ENA members. American Association for the Surgery of Trauma. Emergency Nurses Association. *J Trauma* 2000 ; 48 : 1015-22 ; discussion 23-4.
8. Robinson S.M., Mackenzie-Ross S., Campbell Hewson G.L., Egleston C.V., Prevost A.T. Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. *Lancet* 1998 ; 352 : 614-7.
9. Fernandez R., Compton S., Jones K.A., Velilla M.A. The presence of a family witness impacts physician performance during simulated medical codes. *Crit Care Med* 2009 ; 37 : 1956-60.
10. Dudley N.C., Hansen K.W., Furnival R.A., Donaldson A.E., Van Wagenen K.L., Scaife E.R. The effect of family presence on the efficiency of pediatric trauma resuscitations. *Ann Emerg Med* 2009 ; 53 : 777-84 e3.
11. McClenathan B.M., Torrington K.G., Uyehara C.F.T. Family member presence during cardiopulmonary resuscitation: a survey of US and International critical care professionals. *Chest* 2002 ; 122 : 2204-11.
12. Belpomme V., Adnet F., Mazariegos I., et al. Family-Witnessed Resuscitation: Nationwide survey of 337 Out-of-Hospital Emergency Teams in France. *Emerg Med J* 2013 : In press.
13. Doyle C.J., Post H., Burney R.E., Maino J., Keefe M., Rhee K.J. Family participation during resuscitation: an option. *Ann Emerg Med* 1987 ; 16 : 673-5.
14. Meyers T.A., Eichhorn D.J., Guzzetta C.E. Do families want to be present during CPR? A retrospective survey. *J Emerg Nurs* 1998 ; 24 : 400-5.
15. Meyers T.A., Eichhorn D.J., Guzzetta C.E., et al. Family presence during invasive procedures and resuscitation. *Am J Nurs* 2000 ; 100 : 32-42 ; quiz 3.
16. Jehel L., Louville P., Paterniti S., Bagueir S., Carli P. Retentissement psychologique du stress professionnel dans un Samu. *JEUR* 1999 ; 4 : 157-64.
17. Jabre P., Belpomme V., Jacob L., et al. Family Presence During Cardiopulmonary Resuscitation. *Ann Emerg Med* 2012 ; 60 : S77.