

# ***Mort subite dans un service d'urgence***

***Interventions infirmières auprès d'une famille endeuillée***

Travail de Bachelor

Par  
**Sophie Currat**  
Promotion 2006-2010

Sous la direction de : Catherine Bassal

**Haute Ecole de Santé, Fribourg**  
Filière soins infirmiers

Le 5 juillet 2010

**RESUME**

Cette revue de littérature étoffée porte sur les interventions infirmières auprès d'une famille endeuillée lors d'une mort subite dans un service d'urgence. Elle débute par une recherche documentaire détaillée. Les différentes notions rencontrées, telles que la mort subite, les urgences, la famille, le deuil et ses étapes sont définies. Suite à l'élaboration de la problématique et dans une perspective d'accompagnement infirmier, les objectifs sont explicités. Il s'agit de répertorier les différentes interventions nécessaires et pertinentes, dans ce type de situation. Une analyse de quinze articles scientifiques et une synthèse des résultats mettent ensuite les interventions infirmières en évidence. La méthodologie, la validité et les limites des différents articles sont discutées. Pour conclure, l'étude expose les recommandations pour la pratique infirmière dans de telles situations, ainsi que l'évaluation des points faibles et des points forts de ce travail.

**REMERCIEMENTS**

L'élaboration de cette revue de littérature n'aurait pas pu se faire sans un entourage adéquat. J'aimerais tout d'abord remercier ma directrice de mémoire, Catherine Bassal, pour m'avoir accompagnée, donnée de précieux conseils et poussée dans mon questionnement. Ce suivi m'a permis d'élaborer ce travail avec un degré de réalisme plus important.

Mes remerciements vont également à Arnaud Clément. Grâce à ses relectures, il a apporté le recul nécessaire à une bonne compréhension.

## TABLE DES MATIERES

Introduction.....	6
1. Fondements théoriques .....	8
1.1. <i>La mort subite</i> .....	8
1.2. <i>Les urgences</i> .....	9
1.3. <i>La famille</i> .....	10
1.4. <i>Le deuil</i> .....	10
1.5. <i>Le deuil familial</i> .....	11
1.6. <i>Processus de deuil : le choc ou blocage somato-psychique</i> .....	11
2. Contexte d'émergence .....	13
3. Problématique .....	17
3.1. <i>Question de recherche</i> .....	18
3.2. <i>Objectifs</i> .....	18
4. Cadres de référence.....	19
4.1. <i>Intervention en situation de crise (Lindemann, 1944 ; Caplan, 1964)</i> .....	19
4.2. <i>La relation d'aide selon l'approche humaniste de Rogers (1966)</i> .....	20
4.3. <i>L'empowerment (Gibson, 1991)</i> .....	22
5. Méthodologie.....	23
5.1. <i>Devis : Revue de littérature étoffée</i> .....	23
5.2. <i>Mots-clés/Termes utilisés</i> .....	24
5.3. <i>Critères de sélection et d'exclusion</i> .....	24
5.4. <i>Résultats des stratégies de recherche</i> .....	25
5.4.1. Stratégie 1.....	25
5.4.2. Stratégie 2.....	25
5.4.3. Stratégie 3.....	26
5.4.4. Stratégie 4.....	26
5.4.5. Stratégie 5.....	26
5.4.6. Stratégie 6.....	27
5.4.7. Stratégie 7.....	27
6. Résultats.....	28
6.1. <i>Avis à la famille</i> .....	28
6.2. <i>Accueil et installation des proches</i> .....	29
6.3. <i>Intervention autour de la réanimation</i> .....	30
6.4. <i>Annonce du décès</i> .....	31
6.5. <i>Vision du corps</i> .....	33
6.6. <i>Soutien émotionnel</i> .....	35
6.7. <i>Mesures de confort</i> .....	36
6.8. <i>Respect des coutumes religieuses et des valeurs individuelles</i> .....	37

---

6.9.	<i>Informations écrites</i> .....	37
6.9.1.	Brochures et prospectus .....	38
6.9.2.	Coordonnées .....	38
6.10.	<i>Souvenirs</i> .....	39
6.11.	<i>Renseignement sur le don d'organe/l'autopsie</i> .....	39
6.12.	<i>Départ des proches</i> .....	39
6.13.	<i>Suivi</i> .....	40
6.13.1.	Informer le généraliste .....	40
6.13.2.	Envoyer une lettre de condoléance.....	41
6.13.3.	Effectuer un téléphone de suivi .....	41
6.13.4.	Faire appel à une équipe de bénévoles/groupe de soutien.....	41
7.	<i>Discussion</i> .....	42
7.1.	<i>Synthèse et critique des études sélectionnées</i> .....	42
7.2.	<i>Analyse des résultats</i> .....	46
7.2.1.	Interventions immédiates, à court terme .....	46
7.2.2.	Interventions à long terme.....	53
7.2.3.	Difficultés des soignants .....	56
7.3.	<i>Recommandations pour la pratique soignante</i> .....	59
7.3.1.	Sensibilisation et formation du personnel .....	59
7.3.2.	Démarche pluridisciplinaire.....	61
7.3.3.	Présence d'un protocole.....	61
7.4.	<i>Limites de l'étude et recommandations futures</i> .....	62
	<b>Conclusion</b> .....	64
	<b>Références bibliographiques</b> .....	65
	<b>Table des tableaux</b> .....	68
	<b>ANNEXES</b> .....	69

## Introduction

Dans le cadre de ce travail, une revue de littérature étoffée est choisie afin de répertorier les interventions infirmières auprès d'une famille endeuillée lors d'une mort subite dans un service d'urgence. En effet, une épreuve à laquelle nous serons tous confrontés durant l'exercice de notre profession d'infirmier, est celle de la mort. Nous devons y faire face, un jour ou l'autre, que ce soit dans n'importe quel service hospitalier : chirurgie, pédiatrie, médecine, réanimation, urgences. Il y a cent ans, seulement 5% des décès ont lieu dans les hôpitaux mais dans la société actuelle, la majorité meurent dans un environnement hospitalier (Townsend, 1995, p.126-128). Tout décès est douloureux certes, il nous remplit de perplexité, de sentiments ambivalents et d'angoisse. Pourtant, lorsque nous pouvons anticiper la perte, nous jouissons d'un certain avantage. Nous avons ainsi la possibilité de faire face à la mort de façon plus adéquate en mobilisant nos ressources et nos mécanismes d'adaptation à temps. La maladie, en tant que processus lent, permet parfois d'envisager le départ de son proche ou du patient. Dans le meilleur des cas, cela amène la possibilité au malade et à sa famille d'en parler et de vivre ce décès dans une relative sérénité.

Tandis que dans une mort subite ; il y a une absence totale de préparation tant psychologique que matérielle. « Pourquoi lui ? », « Comment cela a-t-il pu arriver, justement à lui, ce jour-là ? », « Ce n'est pas possible » etc. Autant de mots, souvent les mêmes, qui reviennent sans cesse de la bouche des proches. La famille, en état de choc, est totalement désemparée, désorientée, a du mal à comprendre, à entendre et à accepter. Il semble d'ailleurs plus juste de parler de reconnaître que d'accepter lorsque nous faisons référence à une telle tragédie. Nous entendons souvent l'expression, « il a eu une belle mort », pour une personne âgée qui meurt de vieillesse, sans douleurs, avec quiétude et dignité. Mais la mort soudaine ne remplit aucun de ces critères. Personne ne parle de belle mort quand elle implique une noyade, un accident, un suicide, un incendie, une chute mortelle, etc. car elle ne s'inscrit pas dans l'ordre des choses. Autant de drames qui emportent trop tôt et trop brutalement les gens que nous aimons.

L'infirmière<sup>1</sup>, dans un service d'urgence par exemple, doit donc faire face à tous les sentiments et émotions, vécus et exprimés par la famille. Par conséquent, ce travail explore les interventions non plus axées sur le patient lui-même mais sur la famille. L'accompagnement des familles, au même titre que l'accompagnement du patient, représente un soin. Il n'est certes pas un soin technique mais relationnel. Il fait partie intégrante du cahier des charges de l'infirmière. Pourtant, cette prise en charge de la famille en cas de décès, semble souvent difficile, mise de côté ou fuie par l'équipe soignante. Le système de soin actuel est axé sur le rendement, souvent au détriment du travail consciencieux des infirmières. De plus, la préoccupation moderne avec les forces du marché et les objectifs financiers ne contribue guère à humaniser les soins dans ce domaine. Avec toute ces difficultés, il est peut-être possible avec ce travail d'aider les infirmières à faire face à ces expériences de meilleure qualité et d'éviter de les rendre plus stressantes qu'elles ne sont déjà.

Cet écrit débute par différentes définitions des notions centrales issues de ce domaine. Un aperçu du contexte d'émergence et de l'état actuel des connaissances complète la compréhension et l'élaboration de la problématique. Nous posons ensuite notre questionnement et les objectifs s'y rapportant. Une synthèse des résultats recensant et analysant une quinzaine d'articles scientifiques sur le sujet, met en évidence les interventions infirmières. La méthodologie, la validité et les limites des différents articles sont ensuite discutées. En guise de conclusion, l'implication de la pratique infirmière est exposée ainsi que l'évaluation des points faibles et des points forts de ce travail.

---

<sup>1</sup> Pour des questions de facilité dans la lecture, le terme « infirmière » sera utilisé tout au long du travail et de manière générale. Cependant, il s'applique aussi bien à l'infirmière qu'à l'infirmier.

## 1. Fondements théoriques

Pour appréhender ce travail, il est nécessaire de définir quelques notions-clés indispensables à la compréhension et à l'approfondissement de cette thématique. Elles serviront également tout au long du travail. Il est donc indispensable de donner un cadre d'étude précis à l'aide de notions bien définies.

### 1.1. La mort subite

Selon le Larousse médicale (2001), la mort se définit comme la « cessation complète et définitive de la vie. La mort correspond à l'arrêt de toutes les fonctions vitales, avec cessation définitive de toute activité cérébrale. La mort cérébrale définit la mort légale ». Le terme subit a différents synonymes qui peuvent être utilisés dans ce travail : brusque, brutal, foudroyant, fulgurant, immédiat, inopiné, instantané, inattendue, rapide, soudain (Dictionnaire des synonymes et des antonymes français, 2010).

La mort subite renvoie à des circonstances particulières du décès : « [...] d'une part du caractère inattendu de sa survenue. Rien ne laissait présager ce qui allait arriver : rupture d'anévrisme, accident de la route, attentat, disparition, suicide [...] » (Association Ecoute Deuil, 2008). Il y a une absence de préparation intérieure à la survenue de ce décès. « [...] D'autre part du caractère violent qui peut l'accompagner, violence faite au corps du défunt (attentat, assassinat, guerre, accident de la route, suicide) et qui nous revoie à des représentations particulièrement douloureuses de la dépouille de l'être cher » (Ibid.). Selon l'Office Fédérale de la Statistique (OFS), en 2007, le groupe des morts violentes occupe le quatrième rang parmi les causes de décès. Il représente 3782 décès et 6 % de la population suisse. Il comprend les décès par accident, par suicide et par d'autres causes non liées à une maladie. Les hommes (2306 décès) sont sensiblement plus touchés que les femmes (1476 décès). Par exemple, la mort subite cardiaque est considérée comme la plus importante cause de décès dans les pays occidentaux. En Suisse, selon les données de l'OFS, les maladies cardiovasculaires représentent la cause de décès la plus fréquente chez les hommes comme chez les femmes. La fréquence approche les 40%. Ces données épidémiologiques prouvent l'importance de se préoccuper de la morte subite et de sa prise en charge.

La mort subite du nourrisson désigne le décès subit et imprévu d'un nourrisson de moins d'un an, apparemment en parfaite santé, et dont la mort demeure inexplicable même après une enquête approfondie. Principale cause de décès des nouveau-nés pendant la première année, le syndrome de mort subite du nourrisson reste, encore à ce jour, inexpliqué. Cette affection complexe semble avoir des origines multiples et fait l'objet de nombreuses recherches. En Suisse, la mort subite du nourrisson touche chaque année environ 60 enfants dans leur première année de vie (OFS, 2007).

## 1.2. Les urgences

Notion centrale de ce travail, le terme urgence se doit d'être défini pour ensuite traiter de la mort dans un service d'urgence : « qui doit être fait, décidé, sans délais ; nécessité d'agir vite et immédiatement, qui ne peut pas être différé » (Larousse, 2001). Elle se définit également, selon Evrard (2003, p.28), comme « une entité temporelle, incluant la succession du traitement de la détresse vitale, du décès et de la prise en charge psychologique initiale des proches du défunt ». De même, l'auteur évoque l'urgence comme englobant « des réflexions morales, des comportements, des décisions, une charge émotionnelle et des aspects médico-légaux importants » (Ibid.).

Le service des urgences est très souvent la première porte d'entrée d'un hôpital. Il représente un service pluridisciplinaire, ouvert 24/24, 365 jours par an, qui a pour mission (CHUV, 2009) :

- « Accueil, tri et orientation primaire des patients.
- Médicalisation pré-hospitalière des secours : service mobile urgence et réanimation (SMUR) et REGA.
- Soins d'urgence et de réanimation en qualité d'hôpital de zone et en qualité d'hôpital de référence du canton et de ses zones limitrophes.
- Evaluation chirurgicale, médicale, psychiatrique, et/ou médico-sociale, puis traitement et orientation secondaire.
- Informations aux patients et aux familles.
- Accueil des patients en situation d'afflux de victimes (plan catastrophe).

Ces missions s'entendent pour les adultes et pour les enfants présentant des urgences vitales. »

De par sa mission, le service des urgences peut être un environnement stressant. En effet, selon Attard et Benoit (2006), « les soignants travaillant aux urgences sont plus particulièrement soumis à des situations génératrices de stress aigu ou chronique. Ces réactions procèdent d'une interaction spécifique entre des professionnels, un environnement, des usagers. » Ce stress se surajoute par conséquent à l'évènement de la mort brutale.

### **1.3. La famille**

La famille est un élément incontournable dans cette étude. Elle sera l'interlocutrice de l'infirmière. Il est donc nécessaire d'en connaître sa définition pour pouvoir proposer des interventions aux membres de cette famille. Cette dernière est définie par le Larousse (2001, p.420) comme « l'ensemble des personnes qui ont des liens de parenté par le sang ou par alliance ». Chacun, au sein de la cellule familiale, occupe une place bien définie qui lui est propre et permet ainsi aux autres membres de se construire des repères. Ce schéma familial est universel et indispensable. Selon la définition de Lévi-Strauss (1979), la famille désigne un groupe social offrant au moins trois caractéristiques :

1. « Il a son origine dans le mariage.
2. Il comprend mari, femme, et enfants nés de leur union, bien que l'on puisse concevoir la présence d'autres parents agglutinés à ce noyau.
3. Les membres de la famille sont unis par des liens légaux ; par des droits et obligations de nature économique, religieuse ou autre ; par un réseau précis de droits et interdits sexuels, et un ensemble variable et diversifié de sentiments psychologiques tels que l'amour, l'affection, le respect, la crainte, etc. »

### **1.4. Le deuil**

Dans la langue française, les termes deuil et douleur sont issus du verbe latin « dolere » qui signifie souffrir. En se référant aux écrits de Bercovitz (2004, p.15-16), le deuil désigne plusieurs aspects :

« [...] à la fois la mort d'un être cher et l'affliction profonde causée par cette irréversible disparition ; il désigne d'autre part les manifestations extérieures, les rituels consécutifs à un décès de même qu'une période, temps durant lequel on porte un deuil. Enfin, il représente le processus psychologique évolutif consécutif à la perte ou travail de deuil. Par extension, on applique ce terme à toute perte ou frustration : faire son deuil. »

La langue anglaise est plus riche. Le mot deuil se décline en trois substantifs. « Bereavement », il s'agit de la perte elle-même, de la séparation, de la dépossession. « Grief » désigne la tristesse éprouvante, le chagrin et la douleur. Finalement « mourning » se définit comme le fait de porter le deuil ou de participer aux funérailles.

### **1.5. Le deuil familial**

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

« La perte ou la menace de perte d'un membre de la famille est la plus grande crise à laquelle doit s'affronter un système. L'équilibre de l'union familiale se voit affecté par [...] la perte d'un membre, par l'intensité de la réaction émotionnelle qui fonctionne dans la famille à ce moment-là ou bien par l'importance fonctionnelle. » (Guérin, 1976, p.335-348).

Lorsque que la mort est brutale, l'équilibre et la continuité du noyau familial sont soudainement rompus. « C'est l'interdépendance entre les différents individus d'une même famille qui fait que le décès brutal de l'un d'entre eux provoque un choc psychologique important, une perte de repères soudaine. » (Berthou, 2003, p.20).

### **1.6. Processus de deuil : le choc ou blocage somato-psychique**

Un deuil après une mort brutale se caractérise par la difficulté à reconnaître la perte et donc à entrer véritablement dans le travail de deuil. Le soignant a une implication particulière dans les premiers moments suite à une mort brutale. L'infirmière intervient dans la période immédiate après un décès brutal. Elle ne possède donc que très peu de temps pour agir. Elle est face au choc initial de l'annonce de la mort. Ceci représente le premier stade du processus de deuil<sup>2</sup>. Cette phase initiale se caractérise par un état de choc ou blocage somato-psychique (Bacqué & Hanus, 2000). Une annonce brutale provoque 2 types de comportements contraires (Ibid.) :

- Les réactions de blocages : état de prostration, avec paralysie, mutisme et visage hébété ; réaction d'effondrement ; gestuelle automatique, mécanique.

---

<sup>2</sup> Voir ANNEXE III.

- Les réactions de fuite : courir, chercher un objet, attitude et mouvement de fuite, précipitations sur les lieux où se trouve/trouvait le défunt.

Les personnes n'ont plus de notion du temps, elles sont figées et sont envahies de questions : « Pourquoi cela m'arrive-t-il à moi ? », « Est-ce bien réel ? », « Non ce n'est pas vrai, je ne veux pas y croire ». Le sujet peut être saisi de stupéfaction et d'incrédulité ; certains se sentent assommés, anéantis, en état d'apesanteur et de flottement. Des crises d'angoisses et attaques de panique peuvent apparaître avec une baisse de la tension artérielle, des difficultés respiratoires, des vertiges, des nausées et des irrégularités du rythme cardiaque. Certains peuvent se sentir engourdis mentalement et physiquement. Ils deviennent imperméables à l'environnement. L'état de choc peut toucher les affects, les perceptions, tout l'organisme.

L'annonce du décès suscite en premier lieu un état de choc qui « [...] permet l'autoprotection face à l'envahissement d'un sentiment de perte soudaine [...] » (Berthou, 2003, p.20). En effet, à l'annonce de la mort, l'individu est littéralement submergé par ses émotions : sentiment d'impuissance, d'irréalité, de colère due à la perte. Ces mécanismes de défense lui permettent de ne pas se laisser envahir par la douleur et de pouvoir continuer à fonctionner.

Lorsque la mort survient de façon subite, le travail de deuil est beaucoup plus difficile que lorsqu'elle est déjà envisagée et préparée par la famille. Les états émotionnels expliqués ci-dessus sont majorés, intensifiés. Toutes les phases deviennent, probablement, plus longues et plus douloureuses à traverser. Dans tous décès, la douleur est bien présente mais les répercussions psychologiques diffèrent quelque peu selon le caractère soudain de la mort. L'absence de préparation vient surprendre les capacités réactives et d'adaptation de la personne. Dans ce contexte, la survenue d'un deuil pathologique est beaucoup plus fréquente. Il correspond, « à l'incapacité de l'individu à terminer son travail d'acceptation » (Ibid, p.22). Il existe des « facteurs favorisant l'apparition de ces complications, tel que la nature de la relation avec le défunt, le niveau de dépendance qui existait avec celui-ci, le contexte du décès ou encore des deuils antérieurs non résolus » (Ibid, p.22).

Baqué et Hanus (2000) répertorient les différentes complications du deuil<sup>3</sup>. Il est important que le soignant ait connaissances de ces différents types de deuils dits compliqués car il aura un rôle à jouer dans la manière d'entamer ce processus.

La théorie et la connaissance du concept de deuil constitue un cadre pour chaque infirmière : elle donne des repères quant aux processus, aux répercussions psychologiques et sociales, aux mécanismes de protection, etc. De plus, l'engagement dans le soutien du deuil est en cohérence avec les missions de l'infirmières.

## 2. Contexte d'émergence

Il est nécessaire de développer quelques données factuelles : écrits empiriques et théoriques sur lesquelles nous pouvons nous baser afin d'en extraire le principal. Cet état actuel des connaissances permet l'élaboration de la problématique.

Actuellement, la communauté scientifique s'accorde à dire et reconnaît que « [...] toute personne exposée à un événement au cours duquel des individus ont pu mourir ou être gravement atteints dans leur intégrité psychologique ou physique peut présenter des réactions susceptibles de la marquer durablement. Ces réactions peuvent être somatiques (physiques), cognitives (intellectuelles), émotionnelles (affectives) et comportementales » (Berclaz, 2009, p.9). Selon Fauré (cité par Cottin, 1999, p.8) : « les derniers instants de la vie et les circonstances mêmes du décès influencent la capacité à mobiliser ses moyens de défense ». Le fait d'accompagner quelqu'un dont la mort est prévisible permet d'anticiper le deuil, de commencer à l'élaborer, consciemment et inconsciemment. A contrario, lors d'une mort brutale, « l'absence de prédictibilité prive de tout mouvement d'anticipation et rend la violence de la mort encore moins négociable » (Ibid, p.8).

Wright (1987) énumère quelques réactions émotives auxquelles les soignants doivent se préparer. Elles peuvent apparaître après une mort subite et sont classées par ordre de difficulté pour les infirmières dans le tableau 1. Des pistes d'interventions sont également décrites mais elles seront reprises par la suite.

---

<sup>3</sup> Voir ANNEXE III.

Tableau 1 : Réactions, difficultés et pistes d'intervention (inspiré de Wright, 1987)

Réaction émotive des proches	Définition, explication	Difficultés des infirmières	Interventions
<b>Retrait</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refus ou incapacité d'écouter.</li> <li>- Fermeture sur soi, mutisme.</li> <li>- Messages non-verbaux (se cacher les oreilles, se recroqueviller, etc.).</li> <li>- Façon d'assimiler les informations, ses sentiments, le choc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentiment d'inutilité, d'impuissance, de passivité et d'inaction.</li> <li>- Silence souvent vécu péniblement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Rester présent (soutien moral silencieux puissant).</li> <li>→ Réconforter, continuer à parler, garder un contact physique.</li> <li>→ Dire combien tout cela est pénible et douloureux.</li> <li>→ Rassurer sur le fait qu'un individu peut ressentir le besoin de refuser ce qui arrive.</li> </ul>
<b>Refus d'admettre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en doute de la parole des soignants, de la réalité du décès, mais aussi de ses sentiments.</li> <li>- Répétition de phrases telles que : « Cela n'est pas vrai », « c'est impossible ».</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En proie à un conflit intérieur qui pousse à protéger et à prendre soin de la famille.</li> <li>- Tentation du refus d'admettre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Ne pas se rendre complice.</li> <li>→ Ne pas dire « tout va bien », « tout va bien se passer ».</li> <li>→ Etre franc et honnête.</li> </ul>
<b>Colère</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentiment éprouvée contre l'infirmière, le médecin, l'hôpital, le personnel ambulancier, la famille elle-même, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risque de danger physique immédiat (coup).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Montrer de l'empathie, dire combien nous les comprenons, combien c'est difficile à croire et à comprendre, combien il est plus facile de mettre le blâme sur quelqu'un, etc.</li> </ul>
<b>Isolement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentiment d'être totalement seul et isolé, malgré des marques de soutien et de présence des autres membres de la famille.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impuissance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Pas toujours utile de convaincre la personne de son soutien constant et de sa présence.</li> </ul>
<b>Marchandage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaction s'appliquant plutôt avec des enfants ou des bébés</li> <li>- Tentative de marchandage pour qu'on leur ramène leur enfant.</li> <li>- Promesse faite l'un à l'autre de changer de mode de vie, d'être bon.</li> <li>- « Tentative de négocier avec Dieu » (Elisabeth Kübler-Ross, 1973, cité par Wright, 1987, p.46)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Assurer aux parents par exemple, que tout le monde fera ce qui est possible.</li> <li>→ Les rassurer quant au fait qu'ils ne souffrent pas de discrimination.</li> </ul>
<b>Réactions inadéquates</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rires au lieu des pleurs.</li> <li>- Sentiment de culpabilité souvent accompagné.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interrogations sur le pourquoi de ces réactions.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Fournir une explication qui ramènera l'attention sur l'évènement principal.</li> </ul>
<b>Culpabilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentiment de la famille qu'elle n'a rien vu, n'a pas repéré certains signes, n'a pas dit ou pas fait certaines choses, etc.</li> <li>- Blessures engendrées à long terme au niveau émotionnel.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Prendre le temps d'écouter.</li> <li>→ Ne pas juger.</li> <li>→ Admettre ce sentiment de culpabilité.</li> </ul>
<b>Cris, pleurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cris, pleurs.</li> <li>- Réactions plus concrètes et très courantes.</li> <li>- Signes de faiblesse, de perte de contrôle pour la famille.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les infirmières se sentent plus à l'aise avec ce genre de réaction car est plus adéquate à réagir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Consoler.</li> <li>→ Aider dans le processus de pleurer si la personne le veut et le recherche.</li> </ul>

Les réactions, citées dans le tableau qui précède, sont reconnues comme normales et naturelles, et s'estompent le plus souvent avec le temps. Cet état se nomme *Réaction aiguë à un facteur de stress*<sup>4</sup>. Cependant, il arrive que ces réactions se chronicisent, nous parlerons alors d'*Etat de Stress Post-traumatique*<sup>5</sup> (Berclaz, 2009). 20% des sujets psychotraumatisés développeraient des difficultés psychiques permanentes ; avec une aide psychologique, cette proportion chute vers 3 à 5 % (Guignery-Debris, 2002). Si les interventions psychologiques d'urgence peuvent avoir un effet préventif de l'Etat de Stress Post-traumatique, des recherches systématiques restent nécessaires pour le démontrer. Suite à un traumatisme, l'Association Genevoise des Psychologues (AGPsy) cible l'intervention sur la prévention de l'Etat de Stress Post-traumatique. Il s'agit, selon elle, d'aider l'endeuillé à ne pas rester figé au moment du traumatisme et commencer à l'assimiler dans la perspective de son développement. L'intervenant devra donc être particulièrement attentif aux réactions d'effroi, de confusion, de débordement émotionnel, d'impuissance, de colère et aux besoins de reconnaissance de la personne. L'AGPsy donne la priorité dans l'accompagnement psychologique à la stimulation des ressources personnelles, familiales et sociales.

La dimension psychologique semble être un élément prépondérant suite à un décès subit. Selon la Fédération Suisse des psychologues (2007), « pour un tiers des personnes concernées, le danger de dommages post-traumatiques est bien réel sans une aide professionnelle. ». Ces dommages peuvent entraîner des maladies chroniques si une intervention appropriée n'est pas faite rapidement. La psychologie d'urgence préconise que la gestion du vécu soit possible sans obstacles. Ce n'est pas une thérapie et elle se limite en règle générale à une prise en charge dans les 4 premières semaines suivant l'événement. (Ibid, 2007).

Il semble intéressant de se pencher sur la notion de cellule psychologique afin de faire des liens avec ce travail. Le canton de Genève est pionnier en Suisse en ce qui concerne l'aide immédiate. Il a créé en 1996, une cellule d'intervention psychologique offrant si nécessaire un soutien, sur les lieux-mêmes de l'accident. Les intervenants de cette cellule psychologique soutiennent les personnes, leur entourage ou les secouristes à la suite d'accidents, de suicides, d'incendies, de voies de fait ou d'autres événements

---

<sup>4</sup> Voir ANNEXE II.

<sup>5</sup> Voir ANNEXE II.

potentiellement traumatisants. Dans le canton de Fribourg, une cellule psychologique a été également constituée. L'équipe est composée certes de psychologues mais collabore avec différents professionnels dont la police, les médecins et surtout les infirmiers. En principe, la police ou les infirmiers des urgences font appel à cette cellule psychologique soit parce qu'il s'agit d'une demande des familles, soit parce qu'ils sont submergés de travail ou submergés eux-mêmes émotionnellement. Par conséquent, la cellule psychologique intervient en milieu extra-hospitalier ou intra-hospitalier. Selon Berclaz (2009), « le soutien psychologique immédiat et post-immédiat est une approche en pleine évolution qui s'ajustera aux découvertes à venir. » Il serait intéressant de transposer cela aux soins infirmiers. En effet, les écrits sur ces cellules psychologiques et la psychologie d'urgence abondent et certaines interventions peuvent donc être transférables pour les soins infirmiers. L'infirmière, en connaissant bien son rôle propre et celui des psychologues de la cellule d'urgence, est en mesure de soutenir les proches plus adéquatement. La pluridisciplinarité ne se fait que si les infirmières sont parties prenantes. Ces dernières doivent en effet activer le réseau extrahospitalier. De plus, elles sont souvent les premières à intervenir auprès des familles. Leur prise en charge est donc primordiale et peut avoir des impacts, positifs comme négatifs. La connaissance de la psychologie d'urgence ne peut être que bénéfique.

Au niveau national, il règne une grande hétérogénéité concernant la prise en charge de la mort subite. En effet, chaque canton s'organise différemment. Aux services des urgences de l'Hôpital Cantonal de Fribourg, une stratégie se met en place pour gérer cette situation qu'est la mort subite. De plus, une fiche succincte<sup>6</sup> est à disposition dans le service pour le personnel soignant expliquant la marche à suivre. Elle a été validée par l'infirmière-chef et par un psychiatre de liaison. Dans le service d'urgences du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), il n'y a pas de protocoles. Selon l'infirmier-chef de ce service, ils peuvent compter seulement sur les compétences des soignants. Si nécessaire, il est également possible de faire participer la psychiatrie de liaison.

---

<sup>6</sup> Voir ANNEXE IV.

### 3. Problématique

La problématique prend forme grâce aux spécificités de gestion du deuil de la mort subite décrite dans le contexte d'émergence. Le temps qui entoure immédiatement la perte d'un proche peut être crucial. Il s'agit de déterminer la capacité de la personne en deuil à accepter cet état de crise. L'infirmière doit ainsi apporter une relation d'aide aux proches. Un soutien et une pratique sont mis en place afin qu'ils s'engagent dans un processus de deuil, qu'ils mobilisent, individuellement et collectivement, les ressources qui sont les leurs. Ces ressources peuvent être trouvées dans le contexte, dans l'histoire, dans les énergies individuelles et dans la préoccupation du souci de l'autre.

L'intervention de l'infirmière s'arrête généralement au moment du décès. « Il n'existe pas de directives concernant le suivi des personnes endeuillées par ces professionnels de santé et la question ne figure pas dans leur formation » (Deroual, cité par Bercovitz, 2004, p.38). L'auteur montre par cette phrase un manque de directives, de protocoles et de formation. La nécessité d'axer ses interventions au moment du décès semble être oubliée. L'engagement dans le soutien de deuil est pourtant en cohérence avec les missions de l'infirmières (concept de relation d'aide). Les pratiques semblent davantage issues d'un consensus implicite et peuvent varier d'un soignant à l'autre. Un autre besoin serait de répertorier les interventions montrant des résultats probants.

La famille en situation de crise requiert du soutien de la part du personnel soignant. Pour cette raison, il est primordial que des interventions soient édifiées et que le personnel entame une bonne relation avec la famille. Une entente propice permet d'établir une relation de confiance. En connaissant les besoins et attentes de la famille lors d'un contexte difficile, le soignant peut intervenir de façon plus optimale et adapter son attitude à la complexité de la prise en charge. Il peut offrir des mesures en adéquation avec les attentes des proches du décédé. Thibault- Wanquet (2008, p.56-61) répertorie quelques besoins de la famille : un besoin d'information, de présence, de relations et d'accompagnement, d'être rassurée, de réaliser les soins, d'être relayée, d'isolement, d'intimité, d'être aidée à gérer les difficultés de la famille, de trouver un sens à leur épreuve, de répondre à leurs besoins spirituels et un besoin matériel.

Dans un manuel dédié aux infirmières, à savoir celui de Brunner et Suddarth (2006), des pistes d'interventions sont explicitées. Ces auteurs commencent à y décrire le rôle de l'infirmière dans un service d'urgence dans les situations de crise. En effet, l'infirmière doit prendre en compte certains éléments : anxiété, déni, remord et culpabilité. Par la suite, son rôle est de « d'atténuer l'anxiété générale et de permettre à chacun de retrouver sa capacité de composer avec la situation » (Brunner & Suddarth, 2006, p.507). L'évaluation du niveau d'émotivité et d'anxiété, de même que de leur fonction cognitive permet de déterminer l'état psychologique des personnes touchées. Les diagnostics identifiés dans ces situations de mort subite sont : « anxiété, stratégie d'adaptation inefficace et dynamique familiale perturbée, reliées à la situation de crise et au deuil anticipé » (Ibid., p.507). De plus, un tableau est élaboré par ces auteurs concernant les mesures visant à aider la famille à composer avec la mort subite. Les items principaux seront repris et comparés dans le chapitre de la discussion<sup>7</sup>.

### **3.1. Question de recherche**

Grâce aux bases théoriques et sachant que le soutien de la famille fait parti de la prise en charge infirmière, la question de recherche suivante est formulée :

*Quelles sont les interventions infirmières pertinentes que nous pouvons promulguer  
à une famille venant de perdre leur proche par mort subite  
dans un service d'urgence?*

### **3.2. Objectifs**

La question de recherche fixe les objectifs à atteindre : quelle est la nécessité et l'efficacité d'une intervention ainsi que ses différentes formes ? Le but est de répertorier les interventions et les évaluer.

---

<sup>7</sup> Voir chapitre 7.

## **4. Cadres de référence**

Afin de mieux appréhender la question de recherche, il paraît essentiel de définir quelques cadres de référence : la relation d'aide , l'intervention en situation de crise et « l'empowerment ». Ces cadres de référence ne sont pas tous des théories de soins infirmiers mais s'appuient sur des concepts psychologiques ou des approches psychothérapeutiques et peuvent faire partis intégrantes des interventions infirmières.

### **4.1. Intervention en situation de crise**

**(Lindemann, 1944 ; Caplan, 1964)**

En se reposant sur la revue de littérature extensive de l'intervention de crise de Lecomte et Lefebvre (1986), il est essentiel de faire des parallèles avec le rôle infirmier. En effet, dans les cas de mort subite, l'intervention approche véritablement une situation de crise. Il est intéressant de noter que le premier écrit sur l'intervention en situation de crise a été publié en 1944 par Lindemann (cité par Lecomte & Lefebvre, 1986, p.122). Il porte sur les réactions de personnes en deuil suite à un incendie. A cette époque déjà, il est démontré que « si le dénouement de la crise ne se fait pas de façon satisfaisante, [...] des problèmes psychosomatiques ou psychiatriques peuvent apparaître » (Ibid, p.122). Cet article a suscité un vif intérêt dans la communauté scientifique. Par la suite, Caplan élabore à son tour une théorie de l'intervention en situation de crise. Il a d'ailleurs donné une définition de la crise qui est encore actuellement beaucoup utilisée : « une période relativement courte de déséquilibre psychologique chez une personne confrontée à un évènement dangereux qui représente un problème important pour elle, et qu'elle ne peut fuir ni résoudre avec ses ressources habituelles de solution de problème » (Caplan, 1964, p.53). L'évènement dangereux représente, dans notre cas, un décès brutal. Il est compris comme une crise situationnelle.

Lecomte et Lefebvre (1986) décrivent les types d'interventions en situations de crise. Elles sont au nombre de quatre, à savoir : l'intervention de soutien, l'intervention directe dans le milieu de crise, l'intervention préventive et l'intervention de crise individuelle. Les deux premières peuvent raisonnablement être gérées par des infirmières. Elles ne demandent pas nécessairement les connaissances et les aptitudes psychodynamiques qu'un thérapeute pourrait avoir. De plus, ces situations apparaissent

très souvent dans des unités de soin. Pour une meilleure clarté, les deux notions sont définies (Ibid.) :

- **L'intervention de soutien** demande d'encourager l'expression d'affects, de construire des barrières protectrices. Elle est cependant émotivement exigeante. L'écoute active représente l'outil principal de gestion de cette intervention.
- **L'intervention directe dans le milieu de crise** demande d'informer, de référer, de renseigner ou entreprendre une action administrative selon les besoins. Cette intervention nécessite l'évaluation des facteurs précipitants de la crise et de la possibilité d'agir sur ces facteurs.

Worden (1983, cité par Wright, 1987) propose également des pistes de réflexion concernant l'intervention de crise. Il détaille l'entrée en scène immédiatement après la disparition. Il montre que cela demande une approche agressive. En effet, les proches, dans un état d'engourdissement, sont souvent incapables de demander de l'aide. Il souligne deux éléments : l'importance de l'aide au famille à réaliser leur perte et la façon dont la vue du corps peut faciliter l'expression de la douleur.

Les auteurs cités ci-dessus apportent des éléments intéressants, mais l'approche humaniste ajoute également sa pierre à l'édifice.

#### **4.2. La relation d'aide selon l'approche humaniste de Rogers (1966)**

Il est nécessaire de définir le concept de la relation d'aide, qui revêt toute son importance dans les interventions infirmières. Les milieux des soins infirmiers et particulièrement ceux traitant de la santé mentale, ont développé ce concept. Ils définissent aussi bien la structure de cette relation d'aide que les attitudes et les techniques de communication s'y rattachant. Cette approche découle très largement de la théorie de Carl Rogers (1966, p. 29) :

« [...] les relations dans lesquelles l'un au moins des deux protagonistes cherchent à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une meilleure capacité d'affronter la vie. [...] on pourrait encore définir une relation d'aide comme une situation dans laquelle l'un des participants cherche à favoriser [...] une appréciation plus grande des ressources latentes internes

de l'individu, ainsi qu'une plus grande possibilité d'expression et un meilleur usage fonctionnel de ces ressources. »

La relation qu'entretiennent un professionnel de la santé et une personne tierce représente l'essence-même des soins infirmiers. Tout naît de cette rencontre. La relation d'aide se trouve être le fil conducteur des soins infirmiers, la base de la confiance que le soigné met dans le soignant. Selon Rogers, il s'agit d'une relation bilatérale, et non unilatérale avec d'un côté le professionnel qui sait tout et de l'autre la personne soignée qui reçoit passivement. La réalité est bien plus complexe. Il ne faut pas perdre de vue que la personne qui demande de l'aide sait mieux que quiconque quel est son problème. Cet état de fait peut être conscient ou inconscient. Pour cette raison, l'écoute est fondamentale.

La relation d'aide nécessite des compétences spécifiques afin de répondre au plus près des besoins. Ces compétences sont une disponibilité en tant qu'attitude mentale, une écoute silencieuse, une écoute active, une attitude empathique, une authenticité ou congruence, une reformulation, l'utilisation du pronom personnel « je », des questions ouvertes et l'aide à la verbalisation (Ibid.).

De par sa formation, l'infirmière acquiert de nombreuses connaissances et techniques relationnelles. Elle est donc en mesure d'apporter aide et soutien psychologique à toute personne en détresse morale. En ce sens, un décret français des compétences infirmières (Jospin, Guigou & Kouchner, 2002, p.3040) stipule que « l'infirmier(e) peut, s'il le juge nécessaire, apporter aide et soutien psychologique et peut mettre en place un entretien, [...], privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire. » Ces aptitudes font parties de son rôle propre, et s'appliquent totalement dans la prise en charge des familles endeuillées. S'il est vrai que l'annonce du décès relève d'un acte médical, l'infirmière a toute sa place dans l'aide, le soutien et l'accompagnement des proches. L'infirmière peut faire émerger les besoins et attentes de ces familles. En effet, le travail d'accompagnement se réfère à une demande. L'infirmière doit évaluer la situation, afin d'effectuer une prise en charge adaptée et personnalisée. Elle doit aussi responsabiliser et confronter la personne et surtout faire « avec » et non « pour ». Le but est bien de rendre autonome la personne endeuillée le plus vite possible. Gibson (1991) va encore plus loin dans cette direction avec sa théorie de l'*empowerment*.

### **4.3. L'*empowerment* (Gibson, 1991)**

Plusieurs écrits suggèrent que l'autonomisation, l'*empowerment*, représente une stratégie pertinente et probante face à la détresse psychologique (Sarmiento, Laschinger, & Iwasiw, 2004). Il est donc nécessaire de définir ce concept pour ainsi s'y appuyer. L'*empowerment* est un « [...] processus social de reconnaissance, de promotion et d'habilitation des personnes dans leur capacité à satisfaire leurs besoins, à régler leurs problèmes et à mobiliser les ressources nécessaires de façon à se sentir en contrôle de leur propre vie » (Gibson, 1991).

L'*empowerment* est un processus d'aide visant à assurer aux personnes le contrôle des facteurs qui peuvent affecter leur santé.

« Il s'agit d'un concept abstrait (difficile à définir), transactionnel (le processus implique d'être en relation avec autrui), multidimensionnel (une approche systémique est indispensable pour étudier l'*empowerment* dans la mesure où le concept d'*empowerment* est un concept multidimensionnel), positif ( l'*empowerment* met plus l'accent sur les solutions que sur les problèmes), dynamique. » (Ibid.)

L'*empowerment* est envisagé avant tout comme une collaboration. Il peut être considéré tantôt comme un processus, tantôt comme un résultat. L'*empowerment* de l'infirmière dans un service d'urgence consisterait à élargir les possibilités, à donner davantage de pouvoirs décisionnels aux proches pour leur permettre de mieux utiliser leurs ressources et leurs capacités. Dans cette approche, il faut partir du postulat de départ que les clients sont des sujets actifs dans l'intervention. Il faut se baser sur les croyances et les besoins de la clientèle. Avec l'*empowerment*, nous passons au paradigme de la promotion (promotion des capacités, des ressources, et du bien être) et non plus de la prévention comme nous avons l'habitude, en tant qu'infirmier, de le faire.

## 5. Méthodologie

### 5.1. Devis : Revue de littérature étoffée

Le devis utilisé pour ce travail est une revue de littérature étoffée. Cette dernière représente le point de départ de tout travail sur le terrain. Pour exploiter ce devis, il faut s'enquérir de certaines étapes méthodologiques décrites dans le manuel de Loiselle (2007). Il est intéressant voire bénéfique d'appliquer cette méthode afin de mieux appréhender le sujet de la mort brutale. Ce devis permet également de faire le point sur l'état des connaissances actuelles en y mettant en évidence les apports mais aussi les manques et les incohérences et en confrontant les différents résultats. Ceci permettra d'évaluer les interventions pratiquées actuellement. Il sera dès lors possible de proposer des pistes de changements.

Afin d'être en mesure de répondre à la question de recherche (voir chapitre 3.), nous effectuons une recherche d'articles scientifiques au sein des banques de données. Les banques de données suivantes sont consultées: *Medline (Pubmed)*, *Cinahl*, *Cochrane* et *Psycinfo*. Des recherches sont également effectuées dans le catalogue d'une bibliothèque canadienne à savoir *Virginia Henderson International Library* et dans *Evidence Based Nursing*. Des recherches manuelles sont réalisées à la bibliothèque et concernent les périodiques suivants : *Soins*, *Perspective infirmière*, *Recherche en soins infirmiers* et *Revue de l'infirmière*. Finalement, le moteur de recherches électroniques *Google* et le site associatif de l'*ASI* sont utilisés. Cependant les articles les plus pertinents sont trouvés sur la banque de données *Pubmed/Medline*. Cette quête d'articles se déroule entre juin 2009 et mai 2010.

## 5.2. Mots-clés/Termes utilisés

Mots-clés (mesh) pertinents utilisés pour les recherches électroniques :

### Mots-clés anglais

Sudden death

Nurse's role

Intervention

Bereavement

Grief

Emergency

Family

Early psychological care

Psychological emergency unit

Traumatic event

### Mots-clés français

Mort brutale

Rôle infirmier

Intervention

Deuil

Chagrin, douleur

Urgence

Famille

Soins psychologiques immédiats

Cellule d'urgence psychologique

Evènement traumatique

## 5.3. Critères de sélection et d'exclusion

Critères de sélection :

- Articles incluant les décès brutaux : accident de la route, du travail, crise cardiaque, suicide, noyade, incendie, homicide, mort subite du nourrisson.
- Articles concernant comme sujets décédées les conjoints, les parents, les frères et sœurs et les enfants.
- Etudes réalisées dans des services d'urgence, incluant les soins intensifs et les services de réanimation.
- Etudes qualitatives, quantitatives et revues de littérature.
- Langue : français, allemand, anglais ou espagnol.

Critères d'exclusion :

- Articles en lien avec la fin de vie, comme processus lent; par exemple, les cas de cancers et de maladies chroniques.
- Etudes basées sur les membres adultes d'une famille endeuillée car les enfants endeuillés ont une prise en charge spécifique.

## 5.4. Résultats des stratégies de recherche

### 5.4.1. Stratégie 1

((("Bereavement"[Mesh] AND ("Emergencies"[Mesh] OR "Emergency Service, Hospital"[Mesh] OR "Emergency Medical Services"[Mesh] OR "Emergency Medical Technicians"[Mesh] OR "Evidence-Based Emergency Medicine"[Mesh] OR "Emergency Treatment"[Mesh] OR "Emergency Medical Tags"[Mesh] OR "Emergency Nursing"[Mesh] OR "Emergency Medicine"[Mesh] OR "Emergency Medical Service Communication Systems"[Mesh])) AND ("Nurses"[Mesh] OR "Nurse-Patient Relations"[Mesh] OR "Nurse Clinicians"[Mesh] OR "Nurse Practitioners"[Mesh] OR "Nurse Midwives"[Mesh])) AND ("Family"[Mesh] OR "Professional-Family Relations"[Mesh] OR "Family Nursing"[Mesh] OR "Family Relations"[Mesh] OR "Family Leave"[Mesh] OR "Family Health"[Mesh]))

Résultats : 7 articles trouvés, 1 retenu.

Cooke, M., Cooke, H. & Glucksman, E. (1992). Management of sudden bereavement in the accident and emergency department. *British Medical Journal*, 304, 1207-1209.

### 5.4.2. Stratégie 2

((("Emergencies"[Mesh] OR "Emergency Service, Hospital"[Mesh] OR "Emergency Medical Services"[Mesh] OR "Emergency Medical Technicians"[Mesh] OR "Evidence-Based Emergency Medicine"[Mesh] OR "Emergency Treatment"[Mesh] OR "Emergency Nursing"[Mesh] OR "Emergency Medicine"[Mesh] OR "Emergency Medical Service Communication Systems"[Mesh])) AND "Grief" [Mesh])

Résultats : 78 articles trouvés, 4 retenus.

Davies, J. (1997). Grieving after a sudden death : the impact of the initial intervention. *Accident Emergency Nursing*, 4, 181-184.

Flam, R. (1998). Helping the families of patients who died unexpectedly in emergency units. *Soins*, 625, 26-29.

Li, S., Chan, C. & Lee, D. (2002). Helpfulness of nursing actions to suddenly bereaved family members in an accident and emergency setting in Hong Kong. *Journal of Advances Nursing*, 40, 170-180.

McDonald, L., Butterworth, T. & Yates, D. (1995). Grief support in accident and Emergency nursing : a literature review 1985-1993. *Accident Emergency Nursing*, 3, 154-157.

### 5.4.3. Stratégie 3

((("Intervention Studies"[Mesh] OR "Emergencies"[Mesh] OR "Evidence-Based Practice"[Mesh])) AND ("Sudden Infant Death"[Mesh] OR "Death, Sudden"[Mesh]))

Résultats : 137 articles trouvés, 1 retenu.

Dent, A., Condon, L., Blair, P. & Fleming, P. (1996). A study of bereavement care after a sudden and unexpected death. *Archives of Disease in Childhood*, 74, 522-526.

### 5.4.4. Stratégie 4

Consultations de revues en bibliothèque lors de mes recherches manuelles.

Résultats : 1 article retenu.

Décaillet, F. (2003). Etre infirmier aux soins intensifs ou comment faire avec la mort ? *INFOKara*, 4, 173-176.

### 5.4.5. Stratégie 5

Lecture et sélection de références bibliographiques issues des articles cités précédemment.

Résultats : 4 articles retenus.

Adamowski, K., Dickinson, G., Weitzman, B., Roessler, C. & Carter-Snell, C. (1993). Sudden unexpected death in the emergency department : caring for the survivors. *Canadian Medical Association Journal*, 149, 1445-1451.

Fraser, S. & Atkins, J. (1990). Survivors' recollections of helpful and unhelpful emergency nurse activities surrounding sudden death of a loved one. *Journal of Emergency Nursing*, 16, 13-16.

LeBrocq, P., Charles, A., Chan, T. & Buchanan, M. (2003). Establishing a bereavement program : caring for bereaved families and staff in the emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 11, 85-90.

Olsen, J., Buenefe, M. & Falco, W. (1998). Death in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 31, 758-65.

### 5.4.6. Stratégie 6

Recherches dans les articles associés (« Related Articles ») aux articles retenus.

Résultats : 2 articles retenus.

Tye, C. (1993). Qualified nurses' perceptions of the needs of suddenly bereaved family members in the accident and emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 948-956.

Tye, C. (1996). Sudden bereavement in Accident and Emergency : the development and evaluation of a short educational course for qualified nurses. *Accident and Emergency Nursing*, 4, 88-93.

### 5.4.7. Stratégie 7

Recherches sur *Google*.

Résultats : 2 articles retenus.

Saines, J. (1997). Phenomenon of sudden death : part I & II. *Accident an Emergency Nursing*, 5, 164-171 et 205-209.

Wisten, A. & Zingmark, K. (2007). Supportive needs of parents confronted with sudden cardiac death - a qualitative study. *Resuscitation*, 74, 68-74.

A la fin de ces 7 stratégies, un total de 15 articles scientifiques est ainsi obtenu. Suite à la recension des écrits, les études ont été traduites et les résultats principaux relevés<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Voir ANNEXE V.

## 6. Résultats

L'analyse des articles scientifiques de différents auteurs a conduit à la catégorisation des interventions les plus citées dans plusieurs thématiques<sup>9</sup> :

- Avis à la famille
- Accueil et installation des proches
- Interventions autour de la réanimation
- Annonce du décès
- Vision du corps
- Soutien émotionnel
- Mesures de confort
- Respect des coutumes religieuses et des valeurs individuelles
- Informations écrites
- Restitution de souvenirs
- Renseignement sur le don d'organes/l'autopsie
- Départ des proches
- Suivi

### 6.1. Avis à la famille

Quatre études traitent de cette première intervention, à savoir : Adamowski *et al.* (1993), Olsen, Buenefe et Falco (1998), Li, Chan et Lee (2002) et Tye (1993).

Si la famille n'est pas présente dans le service, les premiers contacts par téléphone doivent être établis. Il est préférable de dire à la famille que le patient est gravement malade et leur demander de venir aux urgences si possible avec un compagnon de façon à conduire en toute sécurité. Si la famille n'arrive pas à l'hôpital même après plusieurs heures ou qu'elle est incapable de se présenter elle-même à l'hôpital, il peut être nécessaire d'informer le décès par téléphone. (Rosen & Honigman, 1992, cités par Olsen, Buenefe & Falco, 1998).

Adamowski *et al.* (1993) relatent qu'il faut prévenir les proches en leur demandant de se rendre dans le service des urgences de préférence accompagnés. Ils soulignent

---

<sup>9</sup> Voir ANNEXE VI.

également l'importance à ne pas les avertir du décès par téléphone. Cette étude suggère les améliorations à effectuer dans ce domaine car seulement 32% des proches interrogés trouvent qu'ils ont été informés adéquatement sur les événements avant l'annonce du décès. Li, Chan et Lee (2002), de leurs côtés, notifient que donner des informations sur la sévérité de l'état du patient aussi vite que possible est très aidant.

Finalement, Tye (1993) et Li, Chan et Lee (2002) présentent une intervention supplémentaire. Si la famille est contactée par téléphone, elle devrait recevoir le nom de l'infirmière pour qu'elle puisse le demander à son arrivée aux urgences. Ceci aura comme but de gagner du temps et que l'accueil se passe dans les meilleures conditions.

## **6.2. Accueil et installation des proches**

Cette intervention est présente dans dix études. Selon Fraser et Atkins (1990), offrir une chambre séparée pour l'utilisation de la famille, est vu comme l'intervention la plus utile. Ceci corrobore avec les écrits de Jones et Buttery (1981) et ceux de Lenaghan (1986) (cités par Fraser & Atkins, 1990). Dans l'étude de Tye (1993), l'action infirmière estimée la plus utile est de prendre en charge la famille le plus rapidement possible à l'arrivée dans le service. La deuxième la plus utile est d'offrir une chambre séparée. Li, Chan et Lee (2002) reprennent ces deux interventions. La rapidité de la prise en charge est vue comme une action aidante tandis que la chambre privée est perçue comme moins aidante.

Selon la revue de littérature d'Olsen, Bueneffe et Falco (1998), lors de l'arrivée de la famille, une infirmière des urgences devrait être disponible pour l'accueillir, se présenter et l'escorter dans une chambre privée, avec téléphone si possible. Si le patient n'est pas encore décédé, la famille peut ainsi recevoir des mises à jour sur son état dans un endroit isolé (Walters & Tupin, 1991; Soreff, 1979; Jones & Buttery, 1981). L'installation des proches dans un endroit calme, dénué de toute technicité, situé à l'écart du va-et-vient des urgences, est important (Flam, 1998). Ewins et Bryant (1992) rajoutent la nécessité d'avoir une pièce pour les proches et une pièce séparée pour voir le défunt (cités par McDonald, Butterworth & Yates, 1995). La description et la clarification de l'ordre des événements récents ainsi que le status médical sont également des interventions mises en évidence. Si le patient est encore en vie, il est

nécessaire de préparer les proches de la possibilité du décès, en insistant sur la gravité (Flam, 1998). L'infirmière peut également leur proposer d'appeler un autre membre de la famille ou un ami (Adamowski *et al.*, 1993). Trois études reprennent d'ailleurs cette action de pouvoir téléphoner au reste de la famille. Fraser et Atkins (1990) ne classifient pas cette opportunité laissée au famille comme aidante. Ceci corrobore avec l'étude de Li, Chan et Lee (2002) mais contredit en partie la recherche de Tye (1993) la classifiant comme moyennement aidante.

### **6.3. Intervention autour de la réanimation**

Huit études traitent des interventions faites autour de la réanimation du patient. Selon plusieurs études (Li, Chan & Lee, 2002; Wisten & Zingmark, 2007), il est très soutenant de pouvoir assister aux mesures de réanimation. Doyle *et al.* (1987, cités par Adamowski *et al.*, 1993) attestent également le bénéfice d'assister à la réanimation de leur proche. Adamowski *et al.* (1993) ne l'excluent pas mais ne l'encouragent pas car cela nécessite un soutien de la part de l'équipe et des meilleures informations médicales. Wisten et Zingmark (2007) les soutiennent en rapportant que si la famille est témoin de la réanimation, un médecin doit par conséquent donner des informations compréhensibles. De plus, selon la littérature, il est important que la famille soit tenue régulièrement au courant des tentatives de réanimation (Dubin & Sarnoff, 1986; Hamilton, 1988; Walters & Tupin, 1991; Eldrich & Kubler-Rosse, 1992; Schmidt *et al.*, 1992; cités par Flam, 1998).

Selon la revue de littérature de McDonald, Butterworth et Yates (1995), quatre articles touchent à la pratique d'inclure les proches pendant la réanimation. Tout d'abord, Mathews (1993) se réfère à la recherche et à la Charte du Patient comme un droit des parents d'être en salle de réanimation. Doyle *et al.* (1987) soulèvent l'injustice d'exclure les parents pendant la réanimation. Ils ont offert aux membres de la famille la possibilité d'être présents pendant la réanimation. Ils ont découvert dans leur enquête rétrospective, que cette expérience avait aidé plusieurs familles dans le processus de deuil. En outre, la présence des proches n'a pas interrompu ou affecté défavorablement les efforts médicaux de la réanimation. Hanson et Strawser (1992, cités par McDonald, Butterworth & Yates, 1995) démontrent que 76 % des parents trouvent l'adaptation à la

mort plus facile en étant présent dans la salle de réanimation. De plus, 64 % ont pensé que leur présence avait des bienfaits pour la personne mourante.

Tye (1993) présente l'intervention supplémentaire de fournir une infirmière de liaison entre les membres de la famille et l'équipe de réanimation. Une fois que les tentatives de réanimation échouent, le décès en découle ainsi que son annonce aux familles.

#### **6.4. Annonce du décès**

Dix études se penchent sur l'annonce du décès. Cette situation est très fréquente dans un service d'urgence. Son incidence élevée ne rend pourtant pas nécessairement le processus plus facile. Annoncer un décès est émotionnellement stressant et épuisant. Habituellement, le médecin s'en charge malgré que les proches ne montrent aucune préférence pour le révélateur de la nouvelle (Ewins, Bryant & Scarborough, 1991, cités par Cooke, Cooke & Glucksman, 1992). Deux études (Wisten & Zingmark, 2007; Li, Chan & Lee, 2002) développent le thème de l'explication médicale et de son bénéfice pour les proches. Lorsque le patient est décédé, le médecin en charge de la réanimation a le devoir d'annoncer la mauvaise nouvelle à la famille, ceci le plus rapidement possible mais de façon empathique (Hamilton, 1988; Walters & Tupin, 1991; Eldrich & Kubler-Ross, 1992; Schmidt *et al.*, 1992, cités par Flam, 1998). Il peut être assisté par une infirmière, une assistante sociale ou un représentant du culte (Ibid.).

Grâce à l'échantillon d'infirmières présent dans son étude, Tye (1993) estime le fait de s'assurer qu'un médecin annonce le décès n'est pas utile. Cela est renforcé par les observations desdites infirmières :

« Mon expérience avec les médecins qui annoncent la mauvaise nouvelle, c'est qu'ils sont très mauvais, et souvent ils ne disent pas clairement que le patient est décédé [...] Je pense que c'est complètement inutile qu'un médecin le fasse, cela devrait être la personne qui a passé le plus de temps avec eux »<sup>10</sup> (Tye, 1993, p.953).

---

<sup>10</sup> Traduction libre de l'auteur.

L'étude d'Adamowski *et al.* (1993) et la revue de littérature (Walters & Tupin, 1991; Dubin, 1986; Hamilton, 1988; Finlay & Dallimore, 1991; Soreff, 1979; Greenberg *et al.*, 1993; Parkes, 1964) de Olsen, Buenefe et Falco (1998) soulèvent quelques lignes directrices quant à l'amélioration de l'annonce d'un décès :

- Confirmer l'identité du défunt et de la famille.
- S'asseoir.
- Utiliser le prénom du patient au lieu de « patient », « bébé », etc. afin que la famille ne perçoive pas l'omission du nom du patient comme une indication que la personne décédée est considérée comme un objet et non pas comme un être humain.
- Savoir le degré de connaissances des proches de la situation.
- Faire une brève chronologie des événements (préhospitaliers également). Le cas échéant, la famille doit être informée qu'elle a agi correctement dans le préhospitalier. Paramètre qui peut diminuer son potentiel de culpabilité.
- Utiliser des termes non ambigus sur l'état du patient : « décédé » plutôt que « n'est plus parmi nous ». Cela permet une meilleure compréhension de la mort.
- Rassurer en disant que tout ce qui était possible a été fait (pour la réanimation par exemple), que le patient n'a pas souffert et n'a pas eu de douleurs.
- Éviter le jargon médical.
- Répondre aux questions.
- Exprimer ses condoléances.

Quelques éléments peuvent être rajoutés. La préparation de l'annonce de la mauvaise nouvelle, par exemple, peut se révéler être positive, au même titre que l'explication détaillée de l'état critique du patient (Adamowski *et al.*, 1993). De plus, la nécessité d'une communication non ambiguë et non-médicale est fortement accentuée (Dubin & Sarnoff, 1986; Walters & Tupin, 1991; Schmidt *et al.*, 1992, cités par Flam, 1998). Fraser et Atkins (1990) accentuent l'importance d'utiliser un langage clair. Les termes tels que « mort » et « décès », ne doivent pas être évités (Adamowski *et al.*, 1993; Dent *et al.*, 1996; Davies, 1997; Wisten & Zingmark, 2007). Au contraire, ils doivent être répétés plusieurs fois afin que la famille puisse réaliser le décès (Hamilton, 1988; Korth, 1988; Jezierski, 1989; Walters & Tupin, 1991; Schmidt *et al.*, 1992, cités par Flam, 1998 et Davies, 1997). Flam (1998) ajoute que le terme « décès » semble plus approprié que le terme « mort » qui lui apparaît comme trop choquant. Ensuite, il est pertinent de préciser explicitement que tout a été mis en œuvre pour essayer de sauver le patient (Dubin & Sarnoff, 1986; Hamilton, 1988; Korth, 1988; Walters & Tupin,

1991; Eldrich & Kubler-Ross, 1992; Schmidt *et al.*, 1992; cités par Flam, 1998). En aucun cas, les membres de l'équipe soignante ne doivent s'excuser pour ne pas avoir pu sauver le patient (Walters & Tupin, 1991, cités par Flam, 1998). Davies (1997) montre combien ce qui est dit est important. Le langage du corps et les mots utilisés démontrent ce qui a été fait et le degré de respect et de compassion envers le défunt.

Davies (1997) ajoute que probablement le plus important dans le fait de parler avec les proches, c'est d'avoir du temps : du temps pour les explications, pour le silence et pour parler de la personne aimée. Flam (1998) met en évidence la nécessité d'accorder suffisamment de place à l'écoute active des proches.

Flam (1998) se questionne sur la différence du langage utilisé pour l'annonce d'un décès qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un adulte. Si le décès touche un enfant, le prénom est mis en avant. A contrario, les pronoms il ou elle est utilisé plus facilement pour un adulte. Le décès pédiatriques est vécu plus intensément, d'où la relation ou personnalisation plus forte.

## **6.5. Vision du corps**

La recherche scientifique sur la vision du corps est étoffée. Cette notion occupe bon nombre d'auteurs. Elle apparaît d'ailleurs dans dix études.

Permettre la vision du corps de la personne décédée est perçue comme la deuxième action la plus aidantes parmi toutes les interventions en cas de mort brutale (Li, Chan & Lee, 2002). D'autres articles corroborent également le bien-fondé de cette intervention (Adamowski *et al.*, 1993; Cooke, Cooke & Glucksman, 1992; Davies, 1997; Décaillet, 2003; Fraser & Atkins, 1990; McDonald, Butterworth & Yates, 1995; Olsen, Buenefé & Falco, 1998; Wisen & Zingmark, 2007). Seule l'étude de Tye (1993) classe cette action au 23ème rang (sur 35).

Les proches devraient même être encouragés à voir le corps (Davies, 1997) car l'imagination d'une personne défigurée, mutilée est souvent pire que la situation réelle (Li, Chan & Lee, 2002). Selon Cooke, Cooke et Glucksman (1992), le contact tant verbal que physique devrait être incité de n'importe quelle manière pour autant que la

personne le trouve appropriée. Adamowski *et al.* (1993) relatent, quant à eux, que le refus de la famille à voir la personne décédée doit être respecté, à moins qu'il y ait une justification légale et judiciaire. Plusieurs études ont démontré que les familles regrettent l'expérience plus tard et sont en colère si elles ont choisi de ne pas voir le corps ou ont été dissuadées (Olsen, Bueneffe & Falco, 1998). Dans la pratique, les proches refusent souvent aux personnes âgées et aux enfants de voir le corps, par peur que cela ne leur apporte du malheur. Pourtant après une période qui s'étale de 50 jours à 10 mois, ils commencent à regretter leur décision (Li, Chan & Lee, 2002). De plus, beaucoup de services, ne permettent aux proches de voir un patient avec des blessures mutilantes que seulement s'ils insistent (Cooke, Cooke & Glucksman, 1992).

Afin de permettre à la famille de voir le corps, une bonne mise en condition est souhaitable. Le corps est lavé au préalable aussi bien que possible (Olsen, Bueneffe & Falco, 1998; Adamowski *et al.*, 1993), la toilette mortuaire est faite si nécessaire (Décaillet, 2003), des draps propres sont mis en place (Adamowski *et al.*, 1993), le matériel de réanimation est enlevé (Adamowski *et al.*, 1993), tout en tenant compte des différents rituels religieux (Décaillet, 2003). Le but de cette préparation est de créer une scène de paix et de tranquillité plutôt que des séquelles d'une vigoureuse réanimation (Adamowski *et al.*, 1993). L'installation du corps dans un endroit isolé et calme, est également important (Cooke, Cooke & Glucksman, 1992). La famille doit être informée de ce qu'elle peut voir ou sentir, par exemple, les changements de couleur et de température ou la présence de marques et de matériel etc. (Olsen, Bueneffe & Falco, 1998; Adamowski *et al.*, 1993). La famille doit être accompagnée et il faut lui permettre de toucher et de parler au défunt, si elle le souhaite (Olsen, Bueneffe & Falco, 1998). Adamowski *et al.* (1993) rapportent que le personnel infirmier devrait rester à côté de la famille pour la reconforter.

Wisten et Zingmark (2007), Cooke, Cooke & Glucksman (1992), ainsi que Dent *et al.* (1996) s'accordent à dire que les proches veulent passer plus de temps avec leur défunt. Ils souhaiteraient faire plus de choix (Finlay & Dallimore, 1991, cités par Dent *et al.*, 1996, et par McDonald, Butterworth & Yates, 1995), comme par exemple d'accompagner leur enfant à la morgue, de le laver, et de le montrer à ses frères et sœurs. De plus, la plupart des parents donnent de l'importance à porter leur enfant après

le décès (Dent *et al.*, 1996). Li, Chan et Lee (2002) soulignent qu'offrir la possibilité de toucher ou de saisir le corps est considérée comme très aidante.

## 6.6. Soutien émotionnel

Le soutien émotionnel est traité dans neuf études. Adamowski *et al.* (1993) soulignent que le rôle de l'infirmière est de soutenir et d'encourager le processus de deuil. Olsen, Buenefe et Falco (1998) donnent comme priorités de permettre une réponse au deuil initial et d'anticiper les réactions variées. Dans les étude de Fraser et Atkins (1990), de Tye (1993) et de Li, Chan et Lee (2002), le soutien émotionnel peut prendre plusieurs formes. Le tableau suivant reprend dans l'ordre décroissant l'utilité de chaque intervention.

Tableau 2 : Utilité du soutien émotionnel selon ses différentes formes

	Fraser et Atkins (1990)	Tye (1993)	Li, Chan et Lee (2002)
De l'intervention la plus utile à la moins utile	donner l'opportunité aux proches d'exprimer leurs sentiments	accorder du temps pour écouter la famille en deuil	proposer une présence
	encourager les expression de chagrin	proposer une présence	donner l'opportunité aux proches d'exprimer leurs sentiments
		permettre à la famille de parler de son anxiété	offrir un soutien émotionnel
		offrir un soutien émotionnel	faire savoir que l'équipe est bouleversée par le décès
		encourager les expression de chagrin	décourager les sentiments de culpabilité du décès
		décourager les sentiments de culpabilité du décès	permettre à la famille de parler de leur anxiété.
montrer ses propres réactions émotionnelles			

En s'appuyant sur ce tableau, ils en découlent plusieurs éléments significatifs. Tout d'abord, donner l'opportunité aux proches d'exprimer leurs sentiments est classifié comme très utile par les trois auteurs. Parallèlement, montrer ses propres réactions émotionnelles est par contre classé négativement dans l'étude de Tye (1993).

Comme démontré également dans le tableau 2. qui précède, la présence d'une infirmière représente un soutien émotionnel indéniable. En effet, l'endeuillé se sent affligé et abandonné. Il a un besoin constant de la présence d'une infirmière qui connaît la situation et peut la lui relater (Davies, 1997). Cette présence active aide, non seulement pour enlever ce sentiment d'abandon et d'isolement mais aussi pour donner de l'assurance à l'endeuillé. La présence donne finalement un contrôle sur la situation ainsi que la permission d'être soi-même (Ibid.). Dent *et al.* (1996) rapportent qu'un tiers de son échantillon de parents aurait d'ailleurs apprécié que quelqu'un soit avec eux avant le décès. Wisten et Zingmark (2007) soulignent l'importance pour les proches de ne pas être seuls. Ils ajoutent que l'infirmière doit offrir la possibilité de s'asseoir et de parler. Adamowski *et al.* (1993) préconisent également que la personne endeuillée ait un moment privé pour exprimer son chagrin. Olsen, Bueneffe et Falco (1998) rajoutent que l'équipe peut apporter un soutien physique si elle se sent à l'aise de le faire.

### **6.7. Mesures de confort**

La fourniture des mesures de confort est relatée par sept auteurs. Cette intervention est identifiée comme très aidante par certaines études (Fraser & Atkins 1990; Ashdown, 1985; Mian, 1990; cités par Tye, 1993, et par McDonald, Butterworth & Yates, 1995). Dans la recherche de Tye (1993), elle apparaît au 22ème rang (sur 35). Elle figure comme la troisième moins aidante dans l'étude de Li, Chan et Lee (2002). Les mesures de confort peuvent être un verre d'eau, des mouchoirs, un téléphone, un cendrier, des jouets, un canapé, des toilette proche et un lavabo (Cooke, Cooke & Glucksman, 1992; Li, Chan & Lee, 2002 ; Flam, 1998; Dent *et al.*, 1996).

Un traitements médicamenteux antalgique représente une autre mesure de confort. Ceci est développé par l'étude de Tye (1993) et repris par celle de Li, Chan et Lee (2002). Elle est classée très faiblement dans les deux recherches, occupant le dernier et avant-dernier rang. En effet, elle inhibe l'expression du chagrin et la sédation peut sérieusement interférer avec, ou supprimer le processus de deuil (Hill, 1988; Wright, 1991, cités par Tye, 1993).

## **6.8. Respect des coutumes religieuses et des valeurs individuelles**

Dans l'enquête de Li, Chan et Lee (2002), le respect des coutumes religieuses et des valeurs individuelles fait parti de la troisième action la plus aidante. Le panel d'interrogés trouve important de respecter les valeurs individuelles et les pratiques religieuses en dépit du fait qu'il n'ait pas tous une religion. Tye (1993) classifie cette action également comme très aidante. Cooke, Cooke & Glucksman (1992) donnent une priorité au respect des demandes personnelles, culturelles et religieuses. Ils préconisent aux services la possession d'informations quant aux questions religieuses et culturelles particulières. Décaillet (2003) présente la nécessité d'une fiche de soin contenant l'explicatif de plusieurs rituels religieux et plus particulièrement dans la préparation d'un corps. Ceci peut éviter que les soignants effectuent des soins contraires à certaines croyances.

Indépendamment de leurs croyances, les membres du clergé peuvent fournir un soutien aux familles surtout s'il manque du temps aux médecins et aux infirmières. La possibilité de contacter son propre clergé doit également être donnée (Soreff, 1979, cité par Olsen, Buenefe & Falco, 1998). Fraser et Atkins (1990) rapportent quant à eux que le fait de donner l'opportunité d'appeler un membre du clergé est moyennement aidant. Cette opportunité peut être d'un grand confort pour certains mais pour d'autres, la vue soudaine d'un prêtre par exemple dans le service des urgences, peut provoquer ceci : « Quand j'ai vu le prêtre j'ai compris ! Ils n'auraient pas du envoyer un prêtre » (Wisten & Zingmark, 2007).

## **6.9. Informations écrites**

A côté de toutes les informations verbales, difficiles à assimiler, il est important de fournir des informations écrites. L'étude de Tye (1993) souligne que les informations écrites sont très aidantes. Li, Chan et Lee (2002) renforcent ceci en notifiant que les proches perçoivent les informations écrites comme l'action la plus aidante (Li, Chan & Lee, 2002). Les informations écrites peuvent prendre diverses formes : brochures, prospectus, coordonnées, cartes de visite (Cooke, Cooke & Glucksman, 1992; LeBrocq *et al.*, 2003).

### **6.9.1. Brochures et prospectus**

Ewins & Bryant (1992) mettent en évidence la mise à disposition d'un prospectus d'information (cités par McDonald, Butterworth & Yates, 1995). Adamowski *et al.* (1993), cités également par Flam (1998) donnent de l'importance au dépliant spécialement conçu pour les décès inopinés. Ils renseignent sur les informations pratiques, les modalités funéraires, le soutien financier, les aides juridiques, etc. La brochure amène des informations que les proches peuvent relire à la maison, quand ils ont moins d'agitations émotionnelles (Adamowski *et al.*, 1993).

Dent *et al.* (1996) ajoutent que beaucoup de parents auraient attaché une grande valeur à détenir des explications écrites sur l'autopsie, sur l'inscription du décès, sur le deuil ou plus particulièrement sur la façon d'aider les frères et sœurs endeuillés. Décaillet (2003) corrobore ce besoin des parents à recevoir des informations écrites sur les probables réactions d'un enfant face à un décès en fonction des étapes de son développement. En effet, les parents sont souvent empruntés lorsqu'ils doivent accompagner un enfant endeuillé. Ils semblent ne pas savoir ce qu'ils doivent dire, leur laisser voir ou leur laisser faire (Ibid.). Ce prospectus pourrait être destiné à guider les parents et à favoriser le lien avec leur enfant. Recevoir des informations sur le processus normal de deuil est considéré selon l'étude de Tye (1993) et de Li, Chan et Lee (2002) comme très peu aidant.

Finalement, un élément nouveau est soulevé : les informations devraient être disponibles dans des langues localement appropriées (Cooke, Cooke & Glucksman, 1992).

### **6.9.2. Coordonnées**

Les noms du médecin responsable et de l'infirmière des urgences peuvent être remis aux proches (Adamowski *et al.*, 1993; Flam, 1998; Olsen, Buenefe & Falco, 1998). Un membre du personnel, connu de la famille n'est pas toujours disponible. Il peut éviter pourtant la gêne de la famille à devoir expliquer la situation à quelqu'un qui essaie de donner des conseils alors qu'il n'a aucune information de fond (Cooke, Cooke & Glucksman, 1992). Les parents accordent également de l'importance à recevoir un numéro de téléphone d'une aide ou d'un contact pour un groupe de soutien (Dent *et al.*, 1996; Wisten & Zingmark, 2007). Fraser et Atkins (1990), Tye (1993) et Li, Chan et

Lee (2002) font également allusion à cette intervention : ils la classifient de moyennement aidante à aidante.

### **6.10. Souvenirs**

Trois études rapportent cette intervention. Le souvenir peut représenter une photographie (Dent *et al.*, 1996), les habits du défunt (Tye, 1993; Li, Chan & Lee, 2002), les empreintes digitales et des pieds (Dent *et al.*, 1996) ou une boucle de cheveux (Dent *et al.*, 1996). L'échantillon de Tye (1993) et de Li, Chan et Lee (2002) perçoivent le don d'habits comme non aidant. L'échantillon de proches de l'étude de Dent *et al.* (1996) apprécient par contre ces souvenirs.

### **6.11. Renseignement sur le don d'organe/l'autopsie**

6 études spécifient la nécessité de renseignements sur le don d'organe et l'autopsie. Li, Chan et Lee (2002) classifient cette intervention comme aidante (8ème rang sur 33). Tye (1993), quant à lui, la classifie au 27 rang sur 35. Dent *et al.* (1996) mettent en évidence le besoin de recevoir des explications. Dans leur étude, la moitié des parents n'avaient pas compris les réponses à leurs questions. Les parents dont les enfants en bas âges sont décédés subitement ont été affligés qu'il n'y ait pas d'explication médicale. Ces parents n'ont pas été conscients que le don d'organe n'est pas possible et n'ont pas compris pourquoi cela n'a pas été demandé. Finlay et Dallimore (1991) soulignent que la question des dons d'organe devrait être abordée de façon plus sensible (cités par McDonald, Butterworth & Yates, 1995).

Concernant l'autopsie, des auteurs mettent en exergue la nécessité d'informer les proches sur le processus (Cooke, Cooke & Glucksman, 1992; Wisten & Zingmark, 2007). Il est important que tous les parents aient la confirmation de la cause du décès, par l'autopsie notamment.

### **6.12. Départ des proches**

Le personnel soignant juge nécessaire de dire à la famille quand partir. La famille peut être effectivement submergée par les événements et ne pas savoir quand il est approprié de le faire (Walters & Tupin, 1991; Jones & Buttery, 1981; Greenberg *et al.*, 1993, cités

par Olsen, Buenefe & Falco, 1998). La revue de littérature de Flam (1998) rejoint cette opinion et rajoute néanmoins que les proches doivent être accompagnés jusqu'à la sortie (Dubin & Sarnoff, 1986; Adamowski *et al.*, 1993). Par contre, Fraser et Atkins (1990), Tye (1993) et Li, Chan et Lee (2002) jugent cette intervention comme très peu aidante.

### **6.13. Suivi**

Quatorze des quinze études analysées dans cette revue se sont penchées sur le suivi du soutien des proches. La plupart des auteurs préconisent la nécessité d'un suivi de la part des soignants afin de soutenir les proches dans leur travail de deuil (Mian, 1987; Hamilton, 1988; Korth, 1988; Yates, Ellison & McGuiness, 1990; Adamowski *et al.*, 1993; Weingberg *et al.*, 1994, cités par Flam, 1998). Ce suivi peut prendre différentes formes : informer le généraliste, envoyer une lettre de condoléance, faire un téléphone de suivi, contacter des bénévoles ou faire appel à un groupe de soutien.

Wright (1988, cité par McDonald, Butterworth & Yates, 1995) démontre que les parents ont besoin de quelqu'un pour agir en leur nom qui les met en contact avec un professionnel. Ewins et Bryant (1991, cités par Cooke, Cooke & Glucksman, 1992) énoncent également que les proches désirent une continuité de la prise en charge après le décès. Yates, Ellison et McGuiness (1990, cités par Ibid.) déclarent même que les services des urgences doivent intégrer leurs prestations avec ceux disponibles dans la communauté. Le soutien doit être universellement disponible pour réduire la morbidité psychologique dans un groupe à haut risque (Cooke, Cooke & Glucksman, 1992).

#### **6.13.1. Informer le généraliste**

L'information au généraliste est traitée par deux études. Tout d'abord, Olsen, Buenefe et Falco (1998) citant des recherches de Walters et Tupin (1991) et de Jones et Buttery (1981), accentuent la nécessité d'assurer le suivi avec le médecin généraliste. Tous les départements d'urgence devraient téléphoner au médecin généraliste au plus tôt, ou le contacter par d'autres moyens, envoi électronique ou confirmation écrite (Cooke, Cooke & Glucksman, 1992).

### **6.13.2. Envoyer une lettre de condoléance**

Cette intervention est évoquée dans trois études (Flam, 1998; LeBrocq *et al.*, 2003; Olsen, Buenefe & Falco, 1998). Walters et Tupin (1991) ainsi que Jones et Buttery (1981) prônent qu'elle peut être très aidante (cités par Olsen, Buenefe & Falco, 1998). Dans l'étude de LeBrocq *et al.* (2003), des lettres de condoléances ont été envoyées de deux semaines à quatre mois après le décès. Ces périodes ont été identifiées comme particulièrement difficiles dans le processus de deuil (Hall 2001). Les familles ont été par conséquent davantage conscientes de la préoccupation du personnel et touchées par cette lettre.

### **6.13.3. Effectuer un téléphone de suivi**

Un téléphone de suivi est une intervention précieuse (Dent *et al.*, 1996; Davies, 1997). Walters et Tupin (1991) et Jones et Buttery (1981) considèrent cette action comme très aidante (cités par Olsen, Buenefe & Falco, 1998). Le téléphone de suivi n'est pas évalué spécifiquement dans l'étude d'Adamowski *et al.* (1993), mais a été démontré comme une étape inestimable. Cette intervention peut avoir différents bénéfices :

- Donner l'opportunité aux proches de poser les questions qu'ils n'avaient pas pu exprimer à l'hôpital (Adamowski *et al.*, 1993).
- Réclamer les objets et les vêtements du défunt.
- Solliciter des informations spécifiques (Adamowski *et al.*, 1993) et des conseils (Davies, 1997).
- Demander des nouvelles des résultats de l'autopsie (Davies, 1997)
- Pouvoir exprimer leur gratitude et remerciements (Adamowski *et al.*, 1993; Davies, 1997).

L'étude de Fraser et Atkins (1990) est plus ambivalente; elle démontre que le suivi téléphonique est considéré comme aidant pour certains proches et pas pour d'autres. Tye (1993) et Li, Chan et Lee (2002) ont les mêmes conclusions: ils la perçoivent comme peu utile.

### **6.13.4. Faire appel à une équipe de bénévoles/groupe de soutien**

Adamowski *et al.* (1993) suggèrent qu'il est nécessaire de faire appel à une équipe bénévoles. Selon Dent *et al.* (1996), l'échantillon d'infirmière ayant reçu un soutien de la part des bénévoles, a trouvé cela aidant. Pour ce qui est du groupe de soutien, la moitié de l'échantillon a apprécié.

## 7. Discussion

Dans ce chapitre, la qualité méthodologique ainsi que la critique des études sont mises en exergue. L'apport des différents devis est également discuté. Ensuite, les différents résultats sont analysés dans la perspective des cadres théoriques<sup>11</sup>. Finalement les impacts et les recommandations pour la pratique soignante sont développées. Ce chapitre fait régulièrement référence à la question de recherche de ce travail, à savoir :

*Quelles sont les interventions infirmières pertinentes que nous pouvons promulguer à une famille venant de perdre leur proche par mort subite dans un service d'urgence?*

### 7.1. Synthèse et critique des études sélectionnées

15 recherches sont analysées pour l'élaboration de cette revue de littérature étoffée. 13 d'entre elles ont un lien avec notre question de recherche. En effet, deux études n'y répondent finalement pas. Elles sont en partie été écartées dans les résultats mais sont par contre utilisées pour certains aspects dans les recommandation pour la pratique soignante. C'est le cas de l'étude de Saines (1997) et celle de Tye (1996). Saines (1997) s'appuie sur la connaissance et la compréhension des infirmières du phénomène de la mort subite. L'étude de Tye (1996), quant à elle, cherche à décrire le développement et l'évaluation de la formation auprès des infirmières des urgences lors de mort subite. Seulement quatre études répondent exactement à notre question de recherche car elles mesurent l'utilité ou l'efficacité des interventions infirmières auprès d'une famille subitement endeuillée dans un service d'urgence. Il s'agit de l'étude de Fraser et Atkins (1990), d'Adamowski *et al.* (1993), de Tye (1993) et de Li, Chan et Lee (2002).

Le tableau qui va suivre reprend les différentes caractéristiques des articles.

---

<sup>11</sup> Voir chapitre 4.

Tableau 3 : Synthèse reprenant les caractéristiques des études

Référence	Devis	But	Setting	Echantillon
Fraser <i>et al.</i>	Quantitatif	Vérifier l'utilité et l'inutilité de certaines actions infirmières.	2 services d'urgences aux USA.	36 proches endeuillés subitement sur 62 contactés.
Cooke <i>et al.</i>	Quantitatif	Evaluer les installations disponibles lors d'un deuil brutal et les variations de prise en charge.	98 services d'urgence aux Pays de Galles et en Angleterre.	78 infirmières sur 98 contactées.
Adamow=ski <i>et al.</i>	Quantitatif	Déterminer si le personnel répond aux besoins des proches. Evaluer l'efficacité d'un programme d'amélioration des interventions	Service d'urgence au Canada.	66 proches endeuillés subitement.
Tye (1996)	Quantitatif	Décrire le développement et l'évaluation ultérieure d'un cours éducatif de courte durée destiné aux infirmières qualifiées des urgences.	Service d'urgence en Angleterre.	30 infirmières.
Li <i>et al.</i>	Quantitatif	Gagner des connaissances sur les actions infirmières perçues comme aidantes pour les proches.	Services d'urgences à Hong Kong.	76 proches endeuillés subitement sur 114 contactés.
Tye (1993)	Quantitatif et qualitatif	Établir les perceptions infirmières sur l'utilité de certaines actions, dérivées de la littérature, pour répondre aux besoins des proches. Déterminer si les infirmières se sont senties adéquatement préparées pour assumer ce rôle stressant.	3 services d'urgences à Londres.	52 infirmières sur 72 contactées.
Dent <i>et al.</i>	Qualitatif	Etablir ce que les parents pensent des soins reçus après le décès brutal de leur enfant. Montrer ce que les professionnels peuvent offrir comme sortes de soutien.	14 hôpitaux en Angleterre et au Pays de Galles.	42 parents sur 72. 442 sur 598 professionnels.
Saines	Qualitatif	Approfondir la connaissance du phénomène de la mort subite et comprendre le point de vue des infirmières.	Services d'urgences en Angleterre.	6 infirmières.
Flam	Qualitatif	Mettre en évidence les conditions idéales d'accueil des proches d'un patient décédé inopinément dans un service d'urgence. Etudier la manière dont les soignants perçoivent la qualité de cet accueil, de l'accompagnement et de l'information donnée.	Services d'urgences à Bruxelles.	38 infirmières sur 41 et 14 médecins sur 27.
LeBrocq <i>et al.</i>	Qualitatif	Répondre au personnel exprimant des sentiments de frustration et d'inéquation lors de la prise en charge d'une personne endeuillée.	2 services d'urgences à Melbourne.	127 proches endeuillés subitement.
Décaillet	Qualitatif	Pallier aux manques concernant le rôle infirmier dans l'accompagnement des proches endeuillés.	Services de soins intensifs en Valais.	Proches endeuillés.
Wisten <i>et al.</i>	Qualitatif	Elucider le soutien perçu et les besoins des proches en deuil.	Hôpitaux de Suède.	28 parents d'enfants décédés d'une mort cardiaque subite.
McDonald <i>et al.</i>	Revue de littérature	Démontrer la valeur du soutien des proches dans un service d'urgence et dans la communauté. Clarifier les recherches majeures effectuées dans ce domaine entre 1985 et 1993		34 études retenues
Davies	Revue de littérature	Regarder le soutien et discuter des interventions lors d'une mort subite. Considérer les besoins spécifiques, les réactions et les sentiments initiaux.		12 études retenues
Olsen <i>et al.</i>	Revue de littérature	Avoir un protocole d'équipe pour l'annonce d'un décès pour réduire le stress des médecins et améliorer le processus pour les familles.		30 études retenues

Il est intéressant de développer les différentes caractéristiques du tableau ci-dessus. Parmi les 15 recherches sélectionnées pour élaborer cette revue de littérature, cinq ont un devis quantitatif, six qualitatif, un reprend ces deux devis et finalement trois sont des revues de littérature. Cette mixité apporte des bénéfices et des perspectives différentes. Indubitablement, la méthode qualitative offre une meilleure occasion d'explorer et de décrire les expériences complexes d'une perte soudaine (Wisten & Zingmark, 2007). En outre, Morse et Field (1996, cités par Saines, 1997) préconisent également l'utilisation de recherches qualitatives car elles prétendent souvent avoir un effet puissant sur la pratique et surtout, sur la pratique humaniste. Le devis quantitatif, quant à lui, amène des statistiques et utilise des échantillons de population à plus grande échelle. Selon Carr (1994) les résultats scientifiques ont une « valeur de loi ». Toujours selon cet auteur, le rôle des devis quantitatifs est de vérifier les savoirs infirmiers générés par les investigations qualitatives. De plus, les généralisations sont habituellement plus envisageables avec ce genre d'études (Ibid.). Les revues de littératures étoffées permettent d'obtenir un regard large sur les recherches actuelles ou antérieures. Elles répertorient et comparent les interventions sur le sujet. Dans beaucoup d'études quantitatives et qualitatives, une revue de littérature a été préalablement effectuée. Il est intéressant de remarquer que Tye (1993) a utilisé une approche quantitative pour analyser statistiquement et standardiser les réponses des infirmières. Toutefois, étant donné le sujet potentiellement sensible, des données qualitatives ont été recueillies pour ajouter de la profondeur supplémentaire et de la couleur à l'étude.

Les échantillons des études qualitatives et quantitatives varient entre 6 et 442 personnes. Ces chiffres indiquent une grande différence d'observation entre les études. La moyenne de 79.61 n'est pas une valeur significative. Une meilleure estimation est la médiane. Elle est de 42. Ils concernent pour la plupart des proches (6 études : Adamowski *et al.*, 1993; Décaillet, 2003; Fraser & Atkins, 1990; LeBrocq *et al.*, 2003; Li, Chan & Lee, 2002; Wisten & Zingmark, 2007), mais aussi des professionnels de la santé, dont les infirmières (5 études : Cooke, Cooke & Glucksman, 1992; Flam, 1998; Saines, 2007; Tye, 1993; Tye, 1996). Dent *et al.* (1996) interrogent tantôt les proches et tantôt les professionnels de la santé. 2 études (Dent *et al.*, 1996; Wisten & Zingmark, 2007) traitent de décès pédiatriques uniquement. Le restant des études ne font pas cette différence.

Dans les études quantitatives et qualitatives, les interrogés ont reçu un formulaire de consentement afin de donner leur accord pour leur participation à la recherche. Les questionnaires ou les interviews respectaient l'anonymat des interrogés. Ces derniers n'avaient pas l'obligation de participer. De plus, la majorité des études ont soumis leur projet à une commission d'éthique qui l'a accepté. Les études sélectionnées pour ce travail respectent donc les recommandations éthiques de la recherche.

Ces études recouvrent une période de 17 ans, de 1990 à 2007 et sont effectuées au sein de différents pays tels que : le Canada (1), les USA (2) mais aussi l'Europe avec l'Angleterre (7), la Suisse (1), la Belgique (1), la Suède (1) et finalement l'Australie (1) et la Chine (1). Cette diversité est très riche et amène des variations culturelles. Tous les continents sauf l'Afrique sont représentés, cela démontre bien la préoccupation universelle de cette problématique. L'Angleterre fait néanmoins figure de pionnière dans ce domaine-là.

Il est intéressant de noter que les interventions citées par Fraser et Atkins (1990) sont reprises en partie et étoffées par Tye (1993). Effectivement, Fraser et Atkins (1990) décrivent 18 activités infirmières tandis que Tye (1993) en expose 35. Puis, Li, Chan et Lee (2002) se sont appuyés sur l'étude de Tye (1993) et en ont retracées 33. Les mêmes interventions sont décrites mais à partir de perspectives différentes. Fraser et Atkins (1990) et Li, Chan et Lee (2002) se sont basés sur un échantillon de proches; tandis que Tye (1993) s'est basé de son côté sur un échantillon d'infirmières.

Le cadre de référence n'est pas clairement explicité dans chaque étude. Mais les problématiques, les concepts et les revues de littérature faites par les auteurs se rejoignent et ont des similarités avec ce travail. Il est de prime abord, intéressant de noter que plusieurs auteurs font allusion au cadre de référence développé dans le chapitre 4.1., à savoir l'intervention en situation de crise. Par exemple, Lindemann, qui a écrit le premier en 1944 sur l'intervention en situation de crise, est cité à plusieurs reprises par les auteurs (Fraser & Atkins, 1990; Tye, 1993; 1996). Worden (1983) qui est également présent dans le même chapitre<sup>12</sup>, est cité quant à lui par Davies (1997), Saines (1997) et Tye (1993; 1996). Finalement Tye (1993) s'intéresse à Caplan (1964).

---

<sup>12</sup> Voir chapitre 4.1.

Caplan (1964) a démontré que « si le dénouement de la crise ne se fait pas de façon satisfaisante, [...] des problèmes psychosomatiques ou psychiatriques peuvent apparaître » (p.122). Ceci est repris par l'ensemble des études sélectionnées mais de manière différente. Notamment, Wisten et Zingmark (2007) expliquent que la mort subite et inattendue d'un être cher est une cause importante de stress post-traumatique dans la communauté. Olsen, Buenefe et Falco (1998) présentent qu'une réponse extrême, le deuil pathologique, impliquant anormalement une douleur intense ou prolongée avec un handicap personnel, peut se produire si les besoins de la famille sont négligés. LeBrocq *et al.* (2003) soulignent également que l'approche aux familles des victimes de décès subit, la façon, l'attitude affichée et le niveau d'aide fournie par le personnel peuvent avoir des effets positifs ou négatifs à long terme s'étendant sur le processus de deuil pour ces familles.

## **7.2. Analyse des résultats**

Les 15 études s'accordent à dire que les interventions dans un service d'urgence ont des impacts positifs comme négatifs. Elles regroupent la prise en charge immédiate et celle à plus long terme. Les interventions analysées dans le chapitre des résultats sont regroupées et discutées selon la prise en charge immédiate et celle à long terme.

### **7.2.1. Interventions immédiates, à court terme**

#### *Avis à la famille*

Avant d'annoncer le décès à la famille, les premiers contacts doivent être établis. En effet, le contexte des urgences, dans la plupart des cas, ne permet pas un contact antérieur. Informer la famille consiste donc en ce premier contact avec la famille. Afin d'identifier avec précision la personne décédée et de la notifier à la famille adéquate, toutes les précautions doivent être prises. Les priorités sont, selon les différents auteurs, de contacter la famille par téléphone sans toutefois dévoiler le décès et de demander qu'elle vienne accompagnée. Cette intervention répond aux besoins d'information de Thibault-Wanquet (2008) cités précédemment (voir chapitre 3.).

### *Accueil et installation des proches*

Cette intervention est essentielle dans la démarche infirmière. Elle fait partie intégrante du rôle infirmier autonome. Elle est d'ailleurs présente dans la plupart des études. Le besoin de rapidité lors de l'accueil ainsi que de l'intimité lors de l'installation est un élément prépondérant pour les proches (Fraser & Atkins, 1990; Li, Chan & Lee, 2002) comme pour les infirmières (Tye, 1993). Les proches ont besoin d'être installés dans un endroit intimiste, à l'abri des regards indiscrets pour que la libération du chagrin et de l'affection puisse se faire (Davies, 1997). Cette intervention répond aux besoins d'intimité de Thibault-Wanquet (2008). L'étude de Cooke, Cooke et Glucksman (1992) relate les faits dans la pratique. Bien que la plupart des proches soit emmenée dans une pièce spécifique par une infirmière dont la tâche unique est de se soucier d'eux, beaucoup d'hôpitaux utilisent toujours une pièce polyvalente. Elle peut être un bureau ou une pièce du personnel. Les proches sont pris en charge par du personnel pas forcément formé à cette tâche et sont laissés seuls. La pièce d'accueil se trouve près de la salle de réanimation que dans une minorité de cas. Les parents peuvent donc connaître une détresse supplémentaire. Les pièces disponibles sont généralement bien décorées. Malgré tout, le manque d'argent et les limitations spatiales sont les raisons habituelles empêchant l'amélioration. Dent *et al.* (1996) démontrent que la plupart des hôpitaux ont des installations disponibles pour aider les parents. Cependant peu d'unités ont prévu d'endroits pour que les frères et sœurs puissent jouer.

L'accueil et l'installation des proches est une tâche inhérente au métier d'infirmière, bien qu'il y ait le côté structurel de l'installation inhérent lui à l'institution. La possibilité de téléphoner au reste de la famille a été soulevée par les auteurs. Brunner et Suddarth (2006) la décrivent également. Selon eux, il est prépondérant de rassembler la famille entière avant l'annonce du décès pour qu'elle fasse ensemble l'expérience du deuil. De plus, il ne leur incombera pas la lourde tâche d'être l'annonceur de cette mauvaise nouvelle.

### *Intervention autour de la réanimation*

Les interventions faites autour de la réanimation alimentent les débats. Dans l'intégralité des articles, le bénéfice pour les proches soit d'assister à la réanimation, soit de recevoir des informations claires et régulières des tentatives de réanimation, est unanimement prouvé. Cependant du point de vue du personnel des urgences, plusieurs ambivalences

sont présentes. L'étude de Hanson et Strawser (1992, cités par McDonald, Butterworth & Yates, 1995) traite de la présence des proches lors de la réanimation. L'équipe multidisciplinaire soutient cette présence malgré des craintes initiales. Le personnel pensait que cela pourrait perturber le soin et rendre difficile pour lui de faire face à son propre chagrin. Il craignait également leur incrimination et un litige possible. Cependant, la majorité des craintes n'a pas été justifiée. Hanson et Strawser (1992, p.155) le rapportent d'ailleurs : « nous continuons à trouver cette expérience humaine et réalisable<sup>13</sup> ».

LeBrocqu *et al.* (2003) ajoutent que la réanimation, son issue et les circonstances menant à la mort peuvent limiter la capacité du personnel à fournir le support familial idéal. En effet, le personnel déclare subir régulièrement des cas de conscience : « Est-ce que la réanimation s'est bien passée ? Tout ce qui a été possible a-t-il été fait pour le patient ? »<sup>14</sup> (Ibid., p.87). Ces pensées sont potentiellement génératrices de doute et d'anxiété chez les soignants. L'étude de Saines (1997) montre que le soutien des parents par le biais de la procédure de réanimation produit des réactions ambivalentes chez les infirmières : « Cela me dérange que les familles risquent uniquement de se souvenir de ce sentiment dans la salle de réanimation »<sup>15</sup>. La littérature disponible à ce sujet soutient ce point de vue (Wright, 1996, cité par Saines, 1997). Chalk (1995, cité par Saines, 1997) souligne également que chaque situation est différente. La présence à la réanimation ne peut pas être une option pour chaque famille.

La présence des proches à la réanimation demande l'accord de toute l'équipe. Ceci doit faire l'objet d'une discussion au préalable entre infirmières et médecins afin qu'ils se sentent à l'aise avec cette situation. Il est important qu'une infirmière demeure auprès des proches lors de la réanimation pendant que le reste de l'équipe est affairé autour du patient. La famille a besoin d'égards et d'informations. Tye (1993) propose de fournir une infirmière de liaison entre la famille et l'équipe de réanimation.

---

<sup>13</sup> Traduction libre de l'auteur.

<sup>14</sup> Traduction libre de l'auteur.

<sup>15</sup> Traduction libre de l'auteur.

### *Annonce du décès*

Peu de tâches sont aussi pénibles que le fait de se présenter à des inconnus et de leur annoncer qu'une des personnes qu'ils aiment vient de décéder. Cela fait néanmoins partie de la pratique quotidienne des infirmières et des médecins des urgences. Les soignants ressentent un malaise face à la charge émotionnelle engendrée par les décès traumatiques. Ils peuvent entraver la qualité de la relation d'aide avec les proches. L'urgence psychologique à la fois pour les proches et les soignants qui survient alors, nécessite une réflexion approfondie concernant la qualité de la prise en charge et plus particulièrement l'annonce du décès.

Les auteurs traitent de l'identité de l'annonceur du décès. Des divergences apparaissent. Selon Tye (1993), historiquement, de nombreux médecins voient ce domaine comme leur unique responsabilité. Il reste par ailleurs important pour les proches que l'on réponde, si nécessaire, correctement aux questions médicales. Toutefois, l'auteur souligne que la façon dont les décès sont annoncés et les compétences interpersonnelles utilisées dans cette situation l'emportent sur la démarcation du rôle professionnel. Flam (1998) déclare également que les soignants ayant pris en charge le patient sont les mieux placés pour annoncer la mauvaise nouvelle. De plus, du point de vue de l'organisation du travail et de la gestion du temps, il affirme qu'une infirmière de référence peut être utile pour assister le médecin et soutenir les proches. Dans notre système suisse, il est bien connu que cela relève souvent de la responsabilité du médecin.

Une enquête auprès des médecins a révélé que le 70% d'entre eux ont trouvé les annonces de décès comme émotionnellement difficiles (Schmidt & Tolle, 1990, cités par Olsen, Buenefe & Falco, 1998). L'infirmière accompagne généralement le médecin. Elle ressent également cette difficulté. L'annonce du décès est particulièrement pénible : les décès étant soudains et/ou traumatiques et pouvant impliquer de jeunes patients. En outre, il n'y a souvent pas de relation préexistante entre l'équipe (médecin/infirmière) et le patient ou sa famille (Walters & Tupin, 1991, cités par Olsen, Buenefe & Falco, 1998). Tous ces facteurs sont aggravés par le stress inhérent à un service d'urgence ; à ceci s'ajoutent les craintes et l'anxiété ressenties par tous soignants à l'annonce d'un décès. Comme il est décrit par Buckman (1984, cité par Olsen, Buenefe & Falco, 1998), il s'agit notamment de la crainte d'être blâmé, de la difficulté de traiter avec les

émotions des proches de la personne décédée et même de la peur individuelle de la mort. Avec les progrès de la technologie et de la médecine, la mort est souvent considérée comme évitable. L'équipe médicale peut par conséquent ressentir des sentiments d'impuissance, de culpabilité et d'incompétence. Les différentes interventions relatives à l'annonce du décès offrent un large panel de stratégies. Ces stratégies font appel aux compétences relationnelles de la relation d'aide<sup>16</sup>. Si l'annonce se fait par le médecin, l'infirmière a néanmoins le rôle important de reformulation et de compassion. Suite à cette annonce, c'est également elle qui fait face aux différentes réactions émotives, citées par Wright (1987). Les interventions du *tableau 1*<sup>17</sup> revêtent alors toute leur importance.

Les participants à l'étude de Flam (1998) précisent bien qu'ils n'ont pas bénéficié, dans leur formation de médecin ou d'infirmière, de cours concernant l'annonce d'un décès. Ils estiment qu'une session d'informations réalisée par un psychologue pourrait permettre l'amélioration de la prise en charge. Cet élément prépondérant qu'est la formation nécessite d'être développée antérieurement dans ce travail.

### *Vision du corps*

La vision du corps représente une intervention qui appartient pleinement au rôle autonome de l'infirmière. Elle est d'ailleurs développée dans les différents résultats des articles. Les écrits de Brunner et Suddarth (2006) relatent l'importance de l'encourager. Davies (1997) déclare également que c'est de la responsabilité de l'infirmière que de faciliter l'encouragement à voir le corps. Les bénéfices sont les suivants :

- Permettre de saisir la situation (Wisén & Zingmark, 2007; Davies, 1997; Li, Chan & Lee, 2002).
- Fournir une confirmation immédiate de la mort (Gones & Buttery 1981, Cathcart 1988, Mian 1990, Scowen 1990, cités par Tye, 1993).
- Aider à l'acceptation de la mort (Olsen, Buenefe & Falco, 1998; Li, Chan & Lee, 2002; Davies, 1997).
- Agir comme processus de conclusion (Olsen, Buenefe & Falco, 1998)
- Faire ses adieux (Li, Chan & Lee, 2002; Davies, 1997).
- Diminuer l'agitation des proches (Davies, 1997).

---

<sup>16</sup> Voir chapitre 4.3.

<sup>17</sup> Voir chapitre 2.

Le besoin de preuve, décrit par Wisten et Zingmark (2007), est essentiel pour la famille. La vision du corps fait partie intégrante de ce besoin.

### *Soutien émotionnel*

Le soutien émotionnel peut se comparer avec l'intervention de soutien développée par Caplan (1964). En effet, l'intervention de soutien demande entre autres d'encourager l'expression d'affects avec comme outils principale l'écoute active.

Pour pouvoir offrir un soutien émotionnel, il peut être nécessaire de connaître les réactions causées par le deuil. Selon Walters et Tupin (1991, cités par Olsen, Bueneffe & Falco, 1998), la réaction d'un deuil normal comprend les souvenirs récurrents de la personne décédée, les malaises physiques ainsi que le sentiment de culpabilité. La réaction initiale de deuil dure généralement de 6 à 48 mois, avec une amélioration, a souligné pour la plupart des survivants en 6 à 8 semaines (Ibid.). Adamowski *et al.* (1993) décrivent ces réactions comme évoluant du choc ou de l'incrédulité à la colère et au déni. Le personnel des urgences a besoin de comprendre les réactions de deuil et d'élaborer des stratégies d'aides à la famille. LeBrocq *et al.* (2003) conseillent un enseignement concentré sur le développement des connaissances liées entre autres aux étapes du deuil (l'acceptation, le marchandage, l'ajustement, le transfert émotionnel). Davies (1997) décrit également les différentes étapes du deuil en citant les définitions de Kubler-Ross (1970) et de Bowlby (1981). Il a été vu dans son étude que les étapes suivantes étaient présentes en quelques heures dans le service d'urgence : déni, colère et ressentiment, marchandage, dépression, acceptation. Certaines de ces réactions émotives sont décrites dans le *tableau 1*<sup>18</sup> et revêtent par conséquent toute leur importance.

Cooke, Cooke et Glucksman (1992) développent l'idée que la compassion est d'une grande importance dans la construction pour la reconnaissance des personnes en deuil. Ladite phrase peut nous permettre de faire un lien avec la relation d'aide de Rogers (1966). En effet, l'auteur prône justement comme une compétence relationnelle l'attitude empathique. Les autres compétences développées dans la relation d'aide sont la disponibilité, l'écoute silencieuse et l'écoute active. Ecouter n'est pas le synonyme

---

<sup>18</sup> Voir chapitre 2.

d'entendre. Cette notion signifie une réelle implication de l'aidant dans ce procédé thérapeutique.

Cooke, Cooke et Glucksman (1992) soulignent que, dans certains hôpitaux, une seule infirmière avait la responsabilité unique de se soucier des endeuillés. Davies (1997) relate que la présence est une intervention importante incombant aux infirmières. L'auteur avertit que cela prend du temps, et demande un engagement de tout le service. C'est par sa façon d'être totalement présente et attentive à la personne endeuillée que l'infirmière montre sa volonté de la comprendre. Ceci peut être fait à travers une communication tant verbale que non verbale. Quelques infirmières se sentent maladroitement et éprouvent de la difficulté à être constamment présentes (Davies, 1997). La formation leur permet d'y faire face et leur enseigne la manière à adopter des pauses tout en aidant les proches et se préservant elles-mêmes.

#### *Mesures de confort*

Fournir des mesures de confort est là encore, inhérent au rôle de l'infirmière pour une partie (mouchoir, verre d'eau) et de l'autre à celui de l'institution (toilette, téléphone, canapé, etc.). Cette intervention est très appréciée dans la majorité des études. Toutefois, Li, Chan et Lee (2002) constatent des réactions opposées. L'hypothèse peut être envisagée que la culture chinoise joue un rôle. Ceci reste néanmoins à vérifier.

Le traitement médicamenteux antalgique est, par contre, considéré comme étant unanimement inefficace. Le processus de deuil lors d'un décès est un élément incontournable. Effectivement la sédation peut interférer ou supprimer ce processus de deuil. Brunner et Suddarth (2006) confirment que les sédatifs masquent ou retardent le processus de deuil, nécessaire au rétablissement de l'équilibre affectif.

#### *Respect des coutumes religieuses et des valeurs individuelles*

LeBrocq *et al.* (2003) soulignent que le personnel manifeste souvent une préoccupation face aux connaissances souvent limitées liées aux considérations religieuses et culturelles. Il est heureusement reconnu que les informations et l'expérience de la culture d'une famille sont moins importantes que la sensibilité qui lui est portée (Ibid.). Le personnel exprime de la compassion, de la préoccupation et de l'intérêt tout en s'informant simplement des exigences religieuses et culturelles des gens.

### *Informations écrites*

Les informations écrites aident beaucoup la famille dans des instants de stress. Les proches ne sont pas capables d'absorber beaucoup d'informations orales. Il est donc utile de donner des instructions et de l'information aussi bien orales qu'écrites. Ils peuvent ainsi s'y référer dans le futur, une fois sortis de l'hôpital. Selon Cooke, Cooke et Glucksman (1992), il y a beaucoup de brochures de conseil rendues disponibles par les organisations nationales, aussi bien que des prospectus produits par les hôpitaux. Par contre, les prospectus sont, selon ces auteurs, souvent incomplets. Les informations écrites devraient être données selon les besoins des proches. La théorie de *l'empowerment* indique que l'infirmière peut donner davantage de pouvoirs décisionnels aux proches pour leur permettre de mieux utiliser les ressources disponibles.

### *Renseignement sur le don d'organes/l'autopsie*

Selon l'étude de Wisten et Zingmark (2007), les parents se sentent parfois exclus de l'autopsie. Ils ne reçoivent que peu d'informations au préalable et doivent souvent lutter pour obtenir les résultats de l'autopsie. La plupart des services ne savent pas comment les parents découvrent les résultats de l'autopsie. Le service des urgences est donc responsable de s'assurer que ces informations soient communiquées à la famille, directement ou par leur médecin généraliste (Cooke, Cooke & Glucksman, 1992).

## **7.2.2 Interventions à long terme**

### *Suivi*

Malgré l'amélioration potentielle de quelques éléments, le soin immédiat des personnes endeuillées est relativement bon. A contrario, la prise en charge au cours des semaines ultérieures est invariablement inadéquate. D'après la revue de littérature de McDonald, Butterworth et Yates (1995), il a été suggéré que la prise en charge post-hospitalière est inefficace. La plupart des services d'urgence dans l'étude de Cooke, Cooke et Glucksman (1992) semblent présumer que les parents contactent une autre organisation s'ils en ressentent le besoin. Tye (1993) va même plus loin en percevant le suivi dans les services d'urgence comme pas particulièrement utile. Cela contredit la pratique courante d'effectuer un suivi à long terme dans de nombreux services d'urgence aux Etats-Unis, comme dans certains hôpitaux d'Angleterre (Yates et *al.* 1990, Cooke et *al.* 1992, cités par Tye, 1993).

Il est intéressant de se questionner où vont les proches afin de chercher du soutien s'ils n'en reçoivent pas du personnel des urgences. Dans l'étude de Dent *et al.* (1996), environ 90% ont ressenti que leur partenaire leur apportait un soutien émotionnel, mais 55% disent qu'ils ont éprouvé de la tension dans leur relation avec leur partenaire. Le deux tiers des parents se sont tournés vers d'autres parents endeuillés et finalement moins de 10% n'avait aucun soutien. Beaucoup de services d'urgences s'attendent à ce que le médecin généraliste puisse être la source de consolation et de soutien. Il est donc attendu à ce qu'ils le contactent dès que possible. Cependant, selon Cooke, Cooke et Glucksman (1992), le personnel présume souvent que le médecin légiste informera le médecin généraliste.

Tye (1993) démontre que le suivi téléphonique après quelques semaines a été classés faiblement en termes d'utilité perçue. Ce domaine semble avoir été développé de manière plus étendue aux USA qu'en Angleterre où cela n'est pas considéré comme faisant partie du rôle infirmier. Pourtant, il existe des preuves dans la littérature qui semblent indiquer comment les proches trouvent utiles de pouvoir parler avec un professionnel qui était présent au moment du décès ou qui a été impliqué avec eux lors de l'annonce (Mian, 1990, cité par Tye, 1993). Un membre du personnel connu de la famille, malheureusement pas toujours disponible, peut éviter la gêne à devoir expliquer la situation à un inconnu. Il est vrai qu'un soignant ne connaissant pas la situation et n'ayant aucune information de fond, aura de la difficulté à donner des conseils. Davies (1997) corrobore ce constat en écrivant que beaucoup de proches estiment que cet appel téléphonique montre la disponibilité des infirmiers. De plus, selon Davies toujours, les infirmières ressentent un sentiment de paix et tirent de cet évènement des conclusions satisfaisantes. Ceci les aident à se décharger du stress et de la tristesse. En contraste avec ce point de vue, plusieurs infirmières interrogées dans l'étude de Tye (1993) ont indiqué dans leurs commentaires qu'elles percevaient cela comme une intrusion ou un rappel douloureux. De plus, dans l'étude de LeBrocq *et al.* (2003), le personnel impliqué avec la famille devait faire le suivi téléphonique. Les difficultés ont surgies, liées aux choix du moment de l'appel et aux professions des membres de la famille. Le feedback a identifié des limitations considérables à cette procédure. En plus d'un taux de contact insatisfaisant de seulement 50%, les appels ont été trouvés comme trop envahissants par les familles, évoquant des émotions qui étaient souvent inopportunes avec le potentiel supplémentaire de créer un embarras tant à la famille qu'à

l'interlocuteur (Ibid.). Parfois, l'aide a été offerte à un stade trop précoce; les familles auraient préférées être contactées plus tard (Wisten & Zingmark, 2007).

Dans l'étude de Fraser et Atkins (1990), un contact téléphonique a été fait par le personnel. La majorité des proches ont bien voulu discuter du décès. La conversation a duré de 5 à 40 minutes. Les membres de la famille ont tendance à avoir des souvenirs très vifs et précis de leur expérience, comme le reportent certaines études (Ashdown, 1985, cité par Fraser & Atkins, 1990). Par exemple, les répondants rapportent des conversations spécifiques, les noms des infirmières, des médecins ou des aumôniers. Il était également commun pour les proches de demander des explications au cours des contacts téléphoniques. Un thème commun à ces appels téléphoniques a été la difficulté pour les proches de continuer avec des problèmes financiers. Même une année après le décès, des proches étaient en négociation avec leur assurance pour des procédures de remboursements. Il leur était difficile de comprendre le coût des soins hospitaliers alors que leur proche était décédé.

Adamowski *et al.* (1993) se réfèrent à une étude de Condra, Groll, Walker *et al.* (1987) faisant appel à une équipe de bénévoles pour assister les familles. Ces équipes ont également un certain savoir-faire avec les interventions de crise. Mais les auteurs soulignent la difficulté de maintenir une équipe de bénévoles motivées, qualifiées et en nombre suffisant. De plus, cette intervention externe favorise une dépendance de la famille envers l'équipe soignante (Adamowski *et al.*, 1993).

Les parents, dans l'étude de Dent *et al.* (1996), perçoivent des changements de comportement chez leurs enfants survivants. Cela les préoccupe énormément. Cependant, une minorité de parents a reçu une aide professionnelle (Ibid.).

Selon Décaillet (2003), les groupes de soutien réunissent des personnes endeuillées et sont encadrées par un psychologue. Il s'agit d'une structure indépendante et reconnue. Les séances peuvent être en effet remboursées par les assurances-maladie. « Le but final étant de travailler sous la forme d'un partenariat. Néanmoins, cela demande à l'hôpital de reconnaître les compétences et les qualités d'autres structures de soins » (Décaillet, 2003).

### 7.2.3. Difficultés des soignants

Plusieurs difficultés peuvent être identifiées comme étant fortement influentes lors de la prise en charge de personnes endeuillées. Ces facteurs incluent les réponses émotionnelles des soignants, le manque de débriefing mais également le contexte des urgences. Développer les difficultés permettent après analyse de faire ressortir une palette d'outils pour l'infirmière.

#### *Les réponses émotionnelles des soignants*

Les conclusions des données de l'études de Saines (1997) soulignent la turbulence émotionnelle de faire face à la mort subite. L'action infirmière, qui est de montrer ses propres réponses émotionnelles, a été classée très faiblement du point de vue de son utilité (Tye, 1993). Cela montre la réticence de l'équipe à exprimer ses émotions personnelles. Pourtant l'étude de Finlay et Dallimore (1991, cités par Tye, 1993) conclut que les parents ont obtenu un grand soutien en voyant que le personnel était bouleversé. Effectivement ce point est très important dans la relation à la famille. Dyer (1993, cité par Saines, 1997, p.206) suggère que la clé est la compassion « si vous vous souciez et montrer que vous vous souciez, alors vous aurez presque certainement aidé les personnes en deuil de manière appropriée »<sup>19</sup>. En effet, l'empathie peut également être vécue par le biais d'une expression émotionnelle visible chez l'autre. De même, la congruence, concept également développé par Rogers (1966), revêt une grande importance dans cette situation. La congruence apparaît lorsqu'il existe un accord entre ce que dit l'interlocuteur et ce qu'il pense. « Pour l'infirmière, la congruence est fondée sur la concordance entre ce qu'elle est vraiment et ce qu'elle donne à voir d'elle-même, sincère et sans façade ou masque professionnel » (Watson, 1985, p.38). Entrer en relation d'aide c'est s'exposer soi-même comme outil de soins. Il faut donc être conscient de ses émotions. Parkes (1975, cité par Tye, 1993) revendique également la volonté des professionnels à révéler leurs sentiments personnels et les montrer aux proches qu'ils n'ont pas à avoir hontes de leurs sentiments. Cette réticence à dévoiler ses propres sentiments peut constituer une tentative d'éviter ou de se retirer de la douleur associée à la perte soudaine (Johansson & Lally, 1990, cités par Tye, 1993). Comme telle, elle pourrait être considérée comme un moyen de défense contre la menace d'une exposition répétée à une expérience émotionnelle intense (Holman, 1990, cités par Tye,

---

<sup>19</sup> Traduction libre de l'auteur.

1993). Toutefois, la perte du contrôle émotionnelle dans un cadre professionnel et public peut être problématique, car ce contrôle, une fois perdue, ne peut pas être récupéré facilement (Saines, 1997).

Worden (1991, cité par Saines, 1997) suggère que la mort peut toucher la vie personnelle des infirmières de trois manières : éveiller une perte précédente, sensibiliser et craindre des pertes futures et remettre en question leur propre mortalité. Traiter avec la mort peut aussi avoir un effet à long terme chez le personnel (Hott, 2002, cité par LeBrocq *et al.*, 2003). Si ce deuil non résolu n'est pas pris en charge, cela peut engendrer un impact sur leur gestion professionnelle (Hall, 2001, Michael & Jenkins, 2001, cités par LeBrocq *et al.*, 2003). Le soutien à l'infirmière est donc une composante essentielle pour faire face aux conséquences émotionnelles. Mars (1995, cité par Saines, 1997) déclare que toutes les infirmières qui travaillent dans un domaine dans lequel la mort survient régulièrement doivent avoir accès à un système de soutien. Le débriefing après la crise permet notamment de réduire le niveau d'anxiété de l'infirmière et fournit une occasion d'apprendre de l'expérience (Hoffenberg, 1994).

#### *Le manque de débriefing*

Afin de se réconcilier avec le phénomène de mort subite, les infirmières ont besoin de temps et de réflexion sur leur propre expérience, leur professionnalisme et leur compétences. Elles requièrent un exutoire émotionnel. Saines (1997) a souligné la nécessité d'un soutien afin de faire face aux conséquences immédiates d'une situation de mort subite. Le soutien n'est cependant pas toujours disponible à domicile. Il devrait être disponible de façon informelle ou formelle, par le débriefing notamment. Toutefois, Flam (1998) met en évidence l'usage trop peu systématique du débriefing comme outil de *coping* pour les soignants.

Selon Tye (1996), il est rare, étant donné l'organisation traditionnelle et le rôle des infirmières des urgences aux Royaume-Unis, que l'infirmière impliquée dans la prise en charge de la personne en deuil reçoive des feedbacks des membres de la famille. De plus, Palmer (1994, cité par Saines, 1997) observe que le souci de l'efficacité et le coût au sein des services laissent souvent peu de temps pour une infirmière ou un groupe d'infirmières à réfléchir sur leur pratique clinique. Aussi, les autres membres de l'équipe n'ont pas forcément été impliqués avec cette famille et sont, par conséquent, incapables

d'offrir une critique. Sherr (1989, cité par Tye, 1996) signalent qu'il est difficile de désapprendre, autant bien les bonnes que les mauvaises habiletés. Dans l'étude de LeBrocq *et al.* (2003), il est demandé au personnel de compléter un formulaire complet d'évaluation après chaque décès dans le service. Ceci est conçu pour rassembler les données qualitatives et quantitatives du temps passé par la famille dans le service. Des données supplémentaires sont rassemblées par la critique du personnel et les feedbacks de la famille. Ce moyen peut améliorer certes l'évaluation et la critique de la prise en charge mais requiert du temps : élément faisant souvent défaut dans un service d'urgence. Si cela se déroule avec succès, le résultat produit est l'épanouissement personnel et professionnel (Saines, 1997).

Le débriefing revêt également toute son importance car la difficulté centrale selon Mars (1995, cité par Saines, 1997) de la prise en charge des familles semble être le fort sentiment d'être tout à fait incapable d'aider. Wright (1989, cité par Saines, 1997) rappelle aux infirmières, que si elles se sentent inefficaces ou impuissantes, elles peuvent toujours faire appel à leurs propres compétences personnelles et leur propre humanité.

### *Le contexte des urgences*

Dans notre société actuelle, les services d'urgences sont souvent l'arène de la mort subite. Comme Walters et Tupin (1991, cités par Saines, 1997) nous le rappellent, le personnel infirmiers des urgences se trouve dans une position unique pour influencer les personnes soudainement en deuil. Il y a plusieurs facteurs intrinsèques qui font de ce service un endroit inapproprié pour les questions sensibles d'un décès. Le personnel des urgences doit, par exemple, fournir un accompagnement sans l'avantage d'établir un rapport au préalable. Wright (1991, cité par Saines, 1997) décrit comment les infirmières sont témoins d'un événement qui ne peut être égalé dans sa capacité à imposer la douleur émotionnelle et la détresse. Le problème majeur d'un service d'urgence est le cadre lui-même. Comme Walters et Tupin (1991) le résumant, aucune famille ne choisit de faire ses derniers adieux dans un service d'urgence. La lourde charge de travail imprévisible avec ses économies d'éthique rend difficile les soins humanistes et holistiques (Saines, 1997). Les contraintes de temps et les demandes des autres patients peuvent mener à oublier les besoins de ces familles endeuillées. Le mécontentement du personnel peut s'exprimer de la manière suivante : « nous nous

sentons si frustrés car nous n'avons pas le temps et les ressources pour aider efficacement ces familles. C'est embarrassant et stressant »<sup>20</sup> (LeBrocq *et al.*, 2003, p.86). Les différences raciales, sociales et culturelles peuvent également contribuer à un manque de confiance (Olsen, Buenefe & Falco, 1998). Parrish *et al.* (1987, cités par Olsen, Buenefe & Falco, 1998) ont interrogé des familles de patients qui étaient décédés aux urgences. Ils ont constaté qu'environ 25% des familles ont trouvé le personnel froid, antipathique et pas rassurant. En effet, selon les auteurs, l'environnement des urgences lui-même fournit de nombreux obstacles : l'endroit est très fréquenté, les délais d'attentes peuvent être prolongés, sans mise à jour des informations. Ce n'est pas un endroit idéal suffisamment privé pour les familles dans l'exercice de leur deuil. L'aumônier et le personnel du service social ne sont pas facilement disponibles pour aider les familles (Olsen, Buenefe & Falco, 1998).

### **7.3. Recommandations pour la pratique soignante**

Il est maintenant nécessaire de ressortir les recommandations pour la pratique soignante en mettant en évidence les améliorations à promulguer en cas de décès subit dans un service d'urgence. Les études s'accordent à dire que la formation, la nécessité d'une équipe pluridisciplinaire et la présence de protocoles sont des éléments essentiels. Les différents chapitres ci-dessous les présentent afin de proposer une meilleure prise en charge. Les interventions vues précédemment, seules, ne suffisent en effet pas pour une bonne pratique. Il est donc nécessaire de développer ces éléments.

#### **7.3.1. Sensibilisation et formation du personnel**

Les infirmières travaillant dans un service d'urgences sont dans une position unique pour aider les proches après l'événement de crise d'une perte soudaine. Cooke, Cooke et Glucksman (1992) rapportent que dans très peu de cas, les étudiants sont autorisés à accompagner l'infirmière ou le médecin pour apprendre les habiletés et compétences de prise en charge; ceci à cause du sujet sensible. L'infirmière ne peut donc apprendre par l'enseignement et l'imitation des pairs, d'où la nécessité de la formation. La nature exigeante de ce rôle spécialisé apparaît évidente en soi. Cependant, beaucoup d'infirmières manquent d'informations, de préparation éducative spécifique et de

---

<sup>20</sup> Traduction libre de l'auteur.

formation pour répondre aux besoins de ce groupe vulnérable (Adamowski *et al.*, 1993; Cooke, Cooke & Glucksman, 1992; Li, Chan & Lee, 2002; Tye, 1993; Tye, 1996). Tye (1993) par exemple, a constaté que 42% de son échantillon d'infirmières des urgences, n'a pas reçu d'enseignement formel lié à la mort. 52% se sent non préparé pour ce rôle, malgré le fait que son échantillon contienne un large éventail d'âge, d'expériences et de grades. Bien qu'il semble y avoir un accent croissant mis sur l'importance de la mort dans l'enseignement aux infirmières; pour le personnel qualifié, il y a beaucoup moins de disposition conçue spécifiquement pour s'adresser aux besoins immédiats d'une personne soudainement endeuillée (Tye, 1996). Cette constatation est peut-être inquiétante à la lumière de nombreux auteurs dans ce domaine qui prétendent que la formation est un élément crucial dans la gestion efficace du deuil subit (par exemple, McGuinness 1986; Lyons 1988, Sherr 1989, Wright 1991; Yates *et al.*, 1990; Ewins & Bryant, 1992, cités par McDonald, Butterworth & Yates, 1995 et par Tye, 1993). L'étude de Cooke, Cooke et Glucksman (1992) recommandent plus précisément que les urgences passent en revue la formation donnée au personnel, et que ce dernier en reçoive une régulièrement. Cette recommandation prend source dans les souhaits et demandes des infirmières, avec un accent placé sur des habiletés, des compétences de conseil et de communication. Comme il est suggéré par Durlak et Riesenburger (1991, cités par Tye, 1993), il est recommandé que la formation dispensée doit concerner les besoins particuliers des endeuillés subitement. Elle devrait par conséquent se concentrer sur les compétences psychosociales et interpersonnelles, la connaissance de soi et les attitudes personnelles envers la mort et les mourants. Bien que l'enseignement ne soit en aucun cas la seule variable qui peut avoir une influence dans ce contexte, il est clair qu'il a un effet sur la connaissance et les habiletés exigées par les professionnels de services médicaux. En absence de tout enseignement ou formation, beaucoup d'infirmières apprennent par l'exposition répétée aux décès brutaux (Tye 1996). Il y a donc des indications claires qu'une certaine forme d'enseignement sur ce sujet est fortement désirée. Cependant, la forme de l'enseignement ne fait pas l'unanimité dans la littérature (Tye, 1996). La plupart des débats semblent se concentrer autour d'une approche principalement didactique ou résultant de l'expérience qui est vue comme la méthode la plus appropriée et efficace dans ce contexte (Hurtig & Stewin, 1990, cités par Tye, 1996).

### **7.3.2. Démarche pluridisciplinaire**

Un processus de qualité sur l'annonce de décès notamment implique une approche d'équipe dans laquelle tous les membres du personnel sont conscients de leurs rôles (Olsen, Buenefe & Falco, 1998). Il est important qu'il y ait un consensus entre les différents intervenants pour harmoniser la prise en charge (Adamowski *et al.*, 1993). La clarification du rôle de l'équipe va ainsi diminuer la confusion et le chevauchement (Ibid.). Cette équipe peut intégrer des infirmières, des médecins, des assistants sociaux, des aumôniers, etc. Il a été démontré qu'une infime partie du personnel des urgences interrogée a une équipe bien définie (Walters & Tupin, 1991 ; Anderson, 1993 ; Greenberg *et al.* 1993, cités par Olsen, Buenefe & Falco, 1998).

Jumelée à la sensibilisation et à la formation du personnel, une démarche pluridisciplinaire structurée permet d'atténuer la douleur des proches lors du décès subit (Adamowski *et al.*, 1993). De plus, Reilly et Cohen (1983, cités par Olsen, Buenefe & Falco, 1998) ont prouvé qu'un protocole écrit dans lequel les rôles des membres de l'équipe sont clairement définis, améliore le processus de deuil pour les familles. L'implication principale pour la pratique, est donc la nécessité de fournir et de maintenir une « culture de prise en charge »<sup>21</sup> dans l'équipe pluridisciplinaire. Cette notion, exposée par Saines (1997), encourage les infirmières à développer leur pratique professionnelle dans un cadre ouvert et une atmosphère non menaçante.

### **7.3.3. Présence d'un protocole**

Le protocole est, dans l'étude d'Adamowski *et al.* (1993), l'approche la plus appropriée. Elle répond aux besoins immédiats, nécessite un engagement sans se soucier de la disponibilité de l'équipe externe et exprime le désir du personnel à avoir une ligne directrice efficace. De plus, toujours selon ces auteurs, les familles passent moins de temps à l'hôpital. Ceci a pour conséquence que les infirmières retournent effectuer ses autres tâches plus tôt et que les familles se retirent dans un environnement plus intime. Olsen, Buenefe et Falco (1998) proposent également un protocole de prise en charge et d'approche des familles. Ces derniers notent les bénéfices d'un tel protocole : réduction du stress, amélioration du processus de deuil et optimisation de la prise en charge.

---

<sup>21</sup> Traduction libre de l'auteur.

Cooke, Cooke et Glucksman (1992) et LeBrocq *et al.* (2003) argumentent la nécessité d'établir des directives basées sur des preuves, dans les premières étapes du deuil pour construire une base pour le rétablissement. LeBrocq *et al.* (2003) démontrent que l'utilisation d'un protocole donnent des idées de *coping* à l'équipe et de la reconnaissance. Ceci fait augmenter leur confiance. Il convient de souligner qu'un tel outil doit être utilisé comme un guide pour l'évaluation et non pas strictement appliqué (Tye, 1993). Il s'agit de l'adapter au cas par cas.

#### **7.4. Limites de l'étude et recommandations futures**

Toutes les études sélectionnées apportent des éléments pertinents pour permettre une résolution de la question de recherche. Elles ne souscrivent pas toutes à répondre exactement à la question de recherche. En effet, comme vu précédemment, Tye (1996) et Saines (1997) n'adhèrent pas entièrement à la question de recherche. Malgré tout, il est intéressant de constater que le domaine de l'intervention infirmière en cas de mort subite dans un service d'urgence n'a pas été souvent le sujet principal des études. Les études traitent souvent plutôt du vécu et des besoins des proches. Les interventions appartiennent à un niveau plus élevé. Effectivement, il faut au préalable s'attarder sur le vécu et les besoins pour pouvoir proposer des stratégies pertinentes. De plus, des pistes d'interventions sont développées mais pas leur efficacité. Seulement 4 études citées précédemment répondent exactement à ma question de recherche, à savoir Fraser et Atkins (1990), Adamowski *et al.* (1993), Tye (1993) et Li, Chan et Lee (2002). Malgré cela des liens ont pu être fait entre les résultats et la question de recherche. En effet,

Bien qu'il y ait une unanimité au sein de quelques interventions pertinentes développées précédemment, il persiste une incohérence de perceptions sur certaines activités infirmières. Ces dernières sont vues comme utiles pour certains et inutiles pour d'autres. Ces différences peuvent être mises sur le compte de la culture, du système de santé propre à chaque pays, etc.

La revue de littérature étoffée est une première expérience. Différents apprentissages ont donc été accomplis pour son élaboration. Tout d'abord, des apprentissages méthodologiques ont été réalisés. En effet, la revue de littérature étoffée nécessite des étapes bien définies et le respect de critères à la lecture des recherches scientifiques. Les

articles scientifiques apparaissant pratiquement tous en anglais, la difficulté d'une traduction respectant les subtilités de la langue anglaise s'est posée. Des apprentissages personnels ont également été réalisés comme par exemple la gestion du temps.

Finlay et Dallimore (1991, cités par McDonald, Butterworth & Yates, 1995; et par Olsen, Buenefe & Falco, 1998) indiquent que la police a été successivement évaluée comme plus compatissante et plus sympathique que les médecins et les infirmières. L'hypothèse que la formation de la police est plus florissante peut se poser. Il serait donc intéressant de la comparer avec celles des infirmières.

Le type de suivi nécessaire par cette population unique reste encore flou malgré cette revue de littérature. Les recommandations pour les recherches futures comprennent les effets et l'efficacité de l'intervention infirmière des urgences en cas de mort soudaine. Il manque également encore des études pertinentes méthodologiquement. En outre, en raison que la mort est universelle dans le milieu hospitalier, les interventions pourraient être transférable à d'autres spécialités des soins infirmiers.

De plus, une autre recommandation principale de cette étude est de pallier au faiblesse de la formation des infirmières. Un apprentissage sur le terrain a certes des avantages pragmatiques mais accompagné à une bonne formation et sensibilisation, il est porteur de plus de sens. La formation s'impose donc comme un passage obligé pour une bonne appréhension de ces situations de crise.

## Conclusion

La présente étude a été basée sur une revue de littérature étoffée. Grâce à ce procédé, il a été possible de constituer une base solide pour la résolution de la question de recherche. A côté de ceci, des fondements théoriques indissociables de la situation de crise et des cadres théoriques ont été développés. Grâce à cette manière d'opérer, il a été possible d'établir une méthodologie. Les résultats et la discussion qui en découlent sont donc porteurs de sens.

En effet, face à un décès subit dans un service d'urgence, l'infirmière détient un rôle complexe. Cette étude a permis de faire ressortir les difficultés rencontrées par le personnel soignant et celle liée au contexte. La soudaineté de l'événement, conjuguée à l'incapacité de mettre en place des rapports antérieurs, au manque de temps, au high-tech médicale et à la charge de travail, fournit effectivement un environnement singulier dans lequel il est peu appropriée de promulguer des soins affectifs. Comme décrit par la présente étude, l'infirmière doit avoir certaines connaissances sur le processus d'un deuil normal. Elle doit également connaître les structures extérieures afin d'orienter le mieux possible les proches. Les infirmières ont le rôle d'anticiper et de répondre au besoins des proches afin de faciliter le processus de deuil. Elle doit procéder pour ceci à une évaluation rapide et sensible, sans connaissance préalable de la dynamique familiale. Mais il s'agit d'une relation bilatérale et non unilatérale. L'infirmière doit donc composer avec les besoins individuels des proches. Par conséquent, nous pouvons souligner le besoin d'un accompagnement individualisé.

L'infirmière pourrait s'appuyer sur des directives de soin quant à certaines procédures. Mais comment envisager un protocole quand nous parlons de relation. Le relationnel ne relève pas d'un plan préétabli mais est adapté à chacun et évolue à chaque instant. Il apparaît donc difficile de « protocoler » un accompagnement du deuil. Néanmoins, il est nécessaire d'avoir les besoins de la famille comme guide. La famille élargie et le réseau sont utilisés comme aide instrumentale. En effet, favoriser la cohésion, le soutien mutuel et les efforts de conservation de l'intégrité de la famille sont primordial.

## Références bibliographiques

- Association Ecoute Deuil. (2008). *La mort brutale* [PDF].  
Accès : <http://www.ecoutedeuil.fr/La%20mort%20brutale.pdf>  
[Page consultée le 13 mars 2009].
- Association Genevoise des Psychologues. (s.d.). *La psychologie d'urgence*. [Page WEB]. Accès : [http://www.psy-ge.ch/psycho\\_urgence.htm](http://www.psy-ge.ch/psycho_urgence.htm) [Page consultée le 8 avril 2009].
- Attard, N. & Benoit, M. (2006). *Gestion du stress des soignants*. [Page WEB].  
Accès : <http://www.copacamu.org/spip.php?article105> [Page consultée le 15 juin 2010].
- Bacqué, M.-F. & Hanus, M. (2000). *Le deuil*. Vendôme : Presses Universitaires de France.
- Berclaz, M. (2009). *Traumatisme et intervention manuel, théorique et pratique de soutien psychosocial et spirituel*. Genève.
- Bercovitz, A. (2004). *Accompagner des personnes en deuil ; l'expérience du Centre François-Xavier Bagnoud*. Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Berthou, T. (2003). *L'infirmier(e) du SMUR face aux familles endeuillées*. Mémoire, Institut de formation en soins infirmiers du Centre Hospitalier Annemasse-Bonneville. [PDF].  
Accès : <http://www.infirmiers.com/etud/TFE/memoire/tristan/memoiretristan.pdf>
- Bowlby, J. (1994). *Attachement et perte : la séparation, angoisse et colère*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Brochard, J. (2007). *La place du soignant aux urgences dans la prise en charge immédiate des familles vivant un deuil post-traumatique*. Travail de fin d'études, Institut de Formation en Soins Infirmiers du Centre hospitalier de Rochefort sur mer. [PDF].  
Accès : <http://www.infirmiers.com/etud/TFE/memoire/jerome-brochard/place-soignant-prise-en-charge-famille-vivant-deuil-post-traumatique.pdf>
- Brunner, S. & Suddarth, D. (2006). *Soins infirmiers en médecine et en chirurgie : 1.généralités*. Paris : De Boeck.
- Caplan, G. (1964). Principles of Preventive Psychiatry. *Basic Books*, 26-55.
- Carr, L. (1994) The strengths and weaknesses of quantitative and qualitative research : what method for nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 20, 716-721.
- CHUV. (2009). *Présentation générale et missions*. [Page WEB].  
Accès : [http://www.chuv.ch/urgences/urg\\_home/urg\\_presentation.htm](http://www.chuv.ch/urgences/urg_home/urg_presentation.htm)

[Page consultée le 15 juin 2010].

Cottin, F. (1999). La mort violente, le combat de ceux qui restent. In *Revue Passages*, 8. [Page WEB]. Accès : <http://www.pfg.fr/html/deuil/old/P8c.html> [Page consultée le 13 mars 2009].

Dictionnaires des synonymes et des antonymes français. (2010). *Subit*. [Page WEB]. Accès : <http://www.synonymes.com/> [Page consultée le 4 juin 2010].

Ducrocq, F., Molenda, S., Mercuel, A., Borgne, N. & Goldenstein, P. (2003). *Les cellules d'urgence médico-psychologique en France : de la conceptualisation au rôle infirmier*. [PDF]. Accès : [http://www.sfm.org/fr/formation/cours\\_sup/telecharger/?id=55](http://www.sfm.org/fr/formation/cours_sup/telecharger/?id=55) [Page consultée le 30 mars 2009].

Evrard, D. (2003). *La Mort aux Urgences*. Thèse, Université Henri Poincaré à Nancy. [PDF]. Accès : <http://lamortauxurgences.free.fr/fichierspdf/lamortauxurgences.pdf>

Fédération Suisse des Psychologues. (2007). *Psychologie d'urgence*. [Page WEB]. Accès : [http://www.psychologie.ch/fr/la\\_fsp/projets\\_de\\_la\\_fsp/psychologie\\_durgence.html](http://www.psychologie.ch/fr/la_fsp/projets_de_la_fsp/psychologie_durgence.html) [Page consultée le 30 mars 2009].

Gibson, C. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361.

Guerin, P. (1976). *Family therapy : Theory and practice*. New-York : Gardner.

Guignery-Debris, H. (2002). *Urgences – Réanimation*. [Page WEB]. Accès : <http://books.google.ch/books?id=v88CqXTnVM0C&printsec=copyright&dq=cellule+psychologique+infirmier&hl=fr> [Page consultée le 15 mars 2009].

Haegy, J.-M. (2005). L'annonce de la mauvaise nouvelle aux urgences. *Soins*, 697, 43-44.

Héту, J.-L. (1989). *Psychologie du mourir et du deuil*. Montréal : Méridien.

Hôpital cantonal fribourgeois, site de Fribourg. (2008). Stress post-traumatique. *Technique de soins- Urgences*.

Jospin, L., Guigou, E. & Kouchner, B. (2002). *Législation: décret de compétence no 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière*. [Page WEB]. Accès : <http://www.infirmiers.com/inf/legislation/exregles/competence11fevrier2002.php> [Page consultée le 14 mai 2009].

Kübler-Ross, E. (1975). *Les derniers instants de la vie*. Genève : Labor et Fides.

Lecomte, Y. & Lefebvre, Y. (1986). L'intervention en situation de crise. *Santé mentale au Québec*, 2, 122-142.

- Le petit Larousse. (2001). *La famille*. Paris.
- Lévi-Strauss, C. (1979). *Textes de et sur Lévi-Strauss*. Paris : Gallimard.
- Loiselle, C. (2007). *Méthode de recherches en sciences infirmières, approches quantitatives et qualitatives*. Montréal : Editions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Office Fédérale de la Statistique. (2009). *Cause de décès en 2007*. [PDF]. Neuchâtel.  
Accès :  
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/medienmitteilungen.Document.118948.pdf>
- Parkes, M. (1975). *Determination of outcome following bereavement*. [Page WEB].  
Accès : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1811543>  
[Page consultée le 1 mai 2009]
- Pidoux, J-O. (2003). Après le choc, sortir du chaos. *Touring*, 11, 4-5.
- Rogers, C. (1966). *Le développement de la personne*. Paris : Dunod.
- Sarmiento, T., Laschinger, H. & Iwasiw, C. (2004). Nurse educators' workplace empowerment, burnout, and job satisfaction : testing Kanter's theory. *Journal of Advanced Nursing*, 46, 134-143.
- Thibault-Wanquet, P. (2008). *Les aidants naturels auprès de l'adulte à l'hôpital : la place des proches dans la relation de soins*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Massons.
- Thibaud, Y. (2008). *L'infirmier face aux familles en deuil*. Mémoire, Institut de formation en soins infirmiers du Centre hospitalier Pierre Le Damany Lannion. [PDF].  
Accès : [www.infirmiers.com/etud/TFE/memoire/yvon-thibaud/infirmier-face-aux-familles-en-deuil.pdf](http://www.infirmiers.com/etud/TFE/memoire/yvon-thibaud/infirmier-face-aux-familles-en-deuil.pdf)
- Townsend, A. (1995). Sudden death in critical care units. *Care of the Critically*, 11, 126-128.
- Vermeiren, E. & Meert, P. (2003). Gestion du deuil lors d'une mort violente. *Louvain Médical*, 122, 413-415.
- Watson, J. (1985). *Nursing : Human science and human care. A theory of nursing*. New York : National League for Nursing.
- Wright, B. (1987). *La crise : manuel d'intervention à l'usage des infirmières*. Paris : Maloine.
- Wright, L. & Leahey, M. (1995). *L'infirmière & la famille*. Saint-Laurent : Editions du Renouveau Pédagogique Inc.

## **Table des tableaux**

*Tableau 1* : Réactions, difficultés et pistes d'intervention (inspiré de Wright, 1987)

*Tableau 2* : Utilité du soutien émotionnel selon ses différentes formes

*Tableau 3* : Synthèse reprenant les caractéristiques des études

**ANNEXE I: Déclaration d'authenticité**

Je déclare avoir réalisé ce travail moi-même, conformément aux directives. Les références utilisées dans le travail sont nommées et clairement identifiées.

Sophie Currat

## **ANNEXE II : Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportementaux (CIM 10)<sup>22</sup>**

### F43.0 Réaction aiguë à un facteur de stress

Trouble transitoire sévère survenant chez un individu ne présentant aucun autre trouble mental apparent, à la suite d'un facteur de stress physique ou psychique exceptionnel, et disparaissant habituellement en quelques heures ou en quelques jours. Comme exemple d'événements stressants, on peut citer : les expériences traumatisantes comportant un risque important pour la sécurité ou la santé physique du sujet ou de ses proches (p.ex. une catastrophe naturelle, un accident, une guerre, une agression, un viol), ou les événements modifiant brusquement la position ou les relations sociales du sujet (p.ex. des deuils multiples ou un incendie). Un épuisement physique et des facteurs organiques (p.ex. chez les sujets âgés) peuvent favoriser le développement de ce trouble.

La survenue d'une réaction aiguë à un facteur de stress et sa sévérité dépendent de facteurs de vulnérabilité individuels et de la capacité du sujet à affronter un traumatisme ; le trouble ne survient pas, en effet, chez tous les sujets exposés à un facteur de stress exceptionnel. La symptomatologie est très variable et comporte initialement un état « d'hébétude », caractérisé par un certain rétrécissement du champ de la conscience et de l'attention, une incapacité à intégrer des stimuli, et une désorientation. A cet état peut succéder un retrait croissant par rapport à l'environnement (pouvant aller jusqu'à une stupeur dissociative), ou une agitation avec hyperactivité (réaction de fuite ou fugue).. Le trouble s'accompagne fréquemment des symptômes neurovégétatifs d'une anxiété panique (tachycardie, transpiration, bouffées de chaleur). Les symptômes apparaissent habituellement dans les minutes qui suivent la survenue du stimulus ou de l'événement stressant, et disparaissent en deux ou trois jours (souvent en quelques heures). Il peut y avoir une amnésie partielle ou complète de l'épisode

**Inclure** : choc psychique, état de crise, fatigue de combat et réaction aiguë de crise.

---

<sup>22</sup> Cité par l'Association Genevoise des Psychologues.

### F43.1 Etat de stress post-traumatique

Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposants, comme certains traits de personnalité ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont toutefois ni nécessaires ni suffisants pour expliquer la survenue de ce syndrome.

Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants, des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable « d'anesthésie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Il existe habituellement une peur et un évitement des stimuli associés au traumatisme. Dans certains cas, l'exposition à des stimuli réveillant brusquement le souvenir ou la reviviscence du traumatisme ou de la réaction initiale peut déclencher une crise d'angoisse, une attaque de panique ou une réaction agressive. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'une hyperactivité neurovégétative, avec hypervigilance, état de « qui-vive » et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire. Le trouble peut être à l'origine d'un abus d'alcool ou d'une substance psycho-active.

La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et conduire à une modification durable de la personnalité (F62.0).

Le diagnostic repose sur la mise en évidence de symptômes typiques survenus dans les six mois suivant un événement traumatisant et hors du commun. Lorsque la survenue est différée de plus de six mois, un diagnostic « probable » reste encore possible si les manifestations cliniques sont typiques et si elles ne peuvent être attribuées à un autre trouble.

**Inclure** : névrose traumatique

## **ANNEXE III : Le deuil**

### Définition du deuil

Plusieurs auteurs se sont penchés pour définir le concept de deuil. Selon Kübler-Ross (1975) d'abord, les phases de deuil s'appliquent initialement non aux endeuillés mais au mourant lui-même face à sa propre mort, ils peuvent être décomposées classiquement en cinq étapes : la première étape est *le refus et l'isolement*, suivie de *l'irritation*, puis vient *le marchandage*, *la dépression* et enfin *l'acceptation*. Les trois premières réactions sont observées assez couramment lors de l'annonce d'un deuil, les deux dernières correspondent assez bien aux deux phases suivantes du deuil.

Enfin, Bowlby (1994), décrit quatre phases dans le deuil : une *phase d'engourdissement* qui peut être interrompue par des accès de détresse extrêmement intenses et/ou de colère, une seconde *phase de languissement et de recherche de la personne perdue*, *phase de désorganisation et de désespoir* et enfin une phase plus ou moins grande de *réorganisation*.

Il est davantage intéressant de se pencher sur la description du deuil selon Hanus (Bacqué & Hanus, 2000). Il expose quant à lui trois moments essentiels dans le travail de deuil du point de vue clinique: l'*état de choc* qui comporte des composantes tant psychiques que physiques, l'*état dépressif* du deuil qui est l'étape centrale, suivie par la *période de rétablissement*, qui marque la fin du travail de deuil.

### Complications d'un deuil<sup>23</sup>

- Le deuil différé : l'endeuillé, pour des raisons diverses (responsabilités, prise en charge des proches, difficultés professionnelles) ne s'autorise pas l'immédiateté du deuil. Il remet à plus tard l'émergence de son état émotionnel, met de côté son ressenti. Mais tôt ou tard, les émotions refoulées s'imposent alors à l'individu sans qu'il puisse à nouveau les dissimuler.
- Le deuil inhibé : lorsque l'individu ne s'autorise pas à être triste, à exprimer sa souffrance, il craint de ne pouvoir gérer son désespoir. Cette crainte fait que l'endeuillé poursuit sa vie comme si de rien n'était, occultant complètement ses émotions.

---

<sup>23</sup> Baqué et Hanus, 2000, p.43-46.

- Le deuil chronique : Il correspond au deuil inachevé, et est caractérisé par son caractère récurrent. L'individu ne peut se détacher du défunt, il vit dans les souvenirs. En règle générale, la personne est bien consciente que son deuil se prolonge indéfiniment mais elle n'arrive pas à avancer dans son travail d'acceptation.
- Dépression majeure réactionnelle au deuil : Maintien d'affects dépressifs extrêmes, au-delà du premier temps de douleur intense liée à la perte.

## ANNEXE IV : Fiche technique de l'HFR concernant le stress post-traumatique

**Vivre ou être témoin d'une situation hors normes** : *agression – violence – accident grave de circulation – mort d'un passager, accident de travail grave, suicide, mort violente, incendie, inondation, meurtre, mutilation, violence conjugale, situations traumatisantes impliquant des enfants en tant que victimes ou témoin, décès d'un proche, etc.* **peut provoquer un stress post-traumatique, qui peut concerner la victime, les témoins ou l'auteur.**

### **Signes chez un adulte :**

- Anxiété, irritabilité, agressivité, agitation, hyperactivité, troubles du sommeil, état perpétuel d'alerte, réactions de sursaut exagéré
- Impression de revivre le traumatisme
- Efforts volontaires pour essayer d'éviter d'y penser
- Sentiment d'étrangeté, de ne plus rien ressentir à l'égard de ce qui nous entoure
- Sentiment de culpabilité, dévalorisation de soi
- Isolement, pas de participation aux activités sociales habituelles et difficultés au travail.

### **Signes chez un enfant :**

- Agitation anormale, irritabilité, agressivité, envie d'être seul
- Activité de jeux répétitifs anxieux répétant l'événement ou alors monotones
- Difficultés à s'endormir ou réveils durant la nuit, cauchemars, terreurs nocturnes
- Détresse et peurs au souvenir de l'événement
- Comportements anxieux (fortes réactions aux séparations, craintes d'aller seul aux toilettes, peur du noir, etc.
- Jouer au plus petit

### Remarque

**Toutes les réactions citées ci-dessus sont normales, mais elles doivent diminuer dans les semaines qui suivent le traumatisme. S'il n'y a pas d'amélioration, il est alors nécessaire de consulter un spécialiste.**

Technique de soins - Urgences – 2008 – validée par infirmière cheffe du service et psychiatre de liaison

### **Démarches à entreprendre après l'événement :**

- ⇒ Reconnaître et accepter les diverses réactions
- ⇒ Ne pas laisser la personne seule après un traumatisme
- ⇒ En parler en groupe, si plusieurs personnes sont concernées
- ⇒ Réaliser des activités de détente : bain chaud, activité physique, relaxation
- ⇒ Informer sur les droits des victimes (cf. dépliant LAVI)

### **Eviter....**

- ⊖ De minimiser ou de banaliser la situation
- ⊖ Eviter les mots tels "Il faut oublier", "Ce n'est rien"
- ⊖ Eviter les comparaisons avec des situations analogues
- ⊖ Eviter les reproches, ne pas insister sur les pertes matérielles

### **Si besoin d'aide psychologique urgente, pour la personne, la famille, le personnel, appeler, soit :**

- Mme ZIMMERMAN, psychologue agréée  
(★ 81 3197) ou 079 447 46 64 = laisser un message.
- Psychiatre de liaison adultes  
Secrétariat 7293 ou SPS \* 50 055 la journée \* 50 056 la nuit - WE
- Pédopsychiatrie (15 à 18 ans) \* 50 350 ou le médecin de garde de pédiatrie
- Responsable infirmière du service, si nécessité d'un débriefing en groupe

### **Si les symptômes persistent :**

- Proposer au patient de consulter son médecin traitant ou s'adresser directement au Service psychosocial ★ 50 055  
ou 026 300 20 20 en semaine – 026 300 21 30 le week-end  
ou Service de pédopsychiatrie 026 305 3050 en semaine  
ou médecin de garde de pédiatrie, la nuit, le week-end.

## ANNEXE V : Tableau de synthèse des recherches (traduction libre de l'auteur)

### Etudes quantitatives

Référence	Buts	Population/ Echantillon	Méthode	Résultats	Discussion / Conclusion
<p><b>1.</b></p> <p>Fraser, S. &amp; Atkins, J. (1990). <b>Survivors' recollections of helpful and unhelpful emergency nurse activities surrounding sudden death of a loved one.</b> <i>Journal of Emergency Nursing, 16</i>, 13-16.</p>	<p>→ Vérifier l'utilité et l'inutilité de certaines actions infirmières autour de la mort soudaine dans un service d'urgence.</p>	<p>N= 36 proches</p> <p><u>Setting</u> 2 centres médicaux aux USA.</p> <p>Un échantillon de 212 noms de patients qui rentrent dans les critères de la mort subite, sur une période de 2 ans, a été obtenue depuis les journaux de l'hôpital</p>	<p>De ce groupe de 212 noms, les chercheurs ont pu contactées 72 personnes par téléphone. 62 proches qui étaient présents dans le service d'urgence au moment de l'annonce du décès ont accepté de participer. A tous ceux qui ont passé au moins le 1er anniversaire de décès, il a été envoyé un questionnaire d'enquête construit.</p> <p>L'échantillon total final se composait de 36 personnes pour un taux de retour du questionnaire de 58%.</p> <p>Le questionnaire contenait 18 activités infirmières qui ont été citées fréquemment dans la littérature comme étant aidante pour faire face à la mort subite.</p>	<p>Toutes les 18 activités infirmières du questionnaire ayant eu lieu dans leur situation de mort subite, ont été identifiées par au moins 27 des 36 répondants.</p> <p><b>Activités aidantes</b></p> <p>- 18 activités infirmières ont été identifiées comme aidantes par 53% des répondants</p> <p>- 6 des 18 activités ont été identifiées par au moins 75% de l'échantillon comme étant aidantes.</p> <p>L'activité infirmière qui était considérée comme la plus aidante était la chambre séparée. Les mesures de confort étaient toujours indiquées par les</p>	<p><u>Discussion</u></p> <p>Des activités ont été aidantes pour certains et moins aidantes pour d'autres, par exemple, 8 personnes ont indiqué qu'un suivi téléphonique pouvait être une intervention non-aidante, tandis que 20 survivants l'ont identifié comme aidante.</p> <p>Des activités ont été marquées comme inapplicables. Par exemple, un proche a indiqué que voir sa personne bien-aimée dans le service d'urgence avant la mort ne s'appliquait pas à sa situation car sa mère était morte avant d'atteindre le service d'urgence.</p> <p>Il semble que les survivants ont des besoins d'informations précises à propos de la mort de leurs proches et ont besoin de parler au sujet de leur expérience. Lors du contact téléphonique initial, la majorité a bien voulu discuter du décès (durant 5 à 40 minutes). Les membres de la famille ont tendance à avoir des souvenirs très vifs et précis de leur expérience, comme le reportent certaines études (Ashdown, 1985). Par exemple, les répondants rapportent des conversations spécifiques ou les noms des médecins, des aumôniers ou des infirmières. Ils demandent des explications au cours de ce téléphone. Un thème commun des appels téléphoniques a été la difficulté pour les proches de continuer avec des problèmes financières. Même une année après le décès, des proches traitaient encore avec leur assurance sur des procédures de remboursements.</p> <p>Rarement, les survivants ont insisté qu'ils n'avaient jamais vu ou eu de contacts avec une infirmière du service des urgences.</p> <p>Il est intéressant de noter que les questionnaires de l'étude-pilote ont été retournés aux chercheurs avec de nombreux commentaires écrits. C'était une tâche bienvenue que de réviser ces questionnaires pour permettre un espace pour les commentaires.</p> <p>Dans la dernière partie du questionnaire, il était demandé aux répondants de commenter sur des activités infirmières supplémentaires qui pouvaient avoir été utiles. Plutôt que</p>

			<p>Il a été demandé aux proches d'identifier les activités infirmières qui ont eu lieu et celles qui auraient été aidantes ou non pour faire face à la mort.</p> <p><u>La validité</u> du contenu du questionnaire a été évaluée par des experts en soins infirmiers d'urgence et une étude pilote a été menée pour identifier les défauts des instruments et de la méthode.</p>	<p>sujets comme étant très aidantes ou qui auraient été très aidantes.</p> <p><b>Activités non-aidantes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 17 des 18 activités ont été identifiées par au moins une personne comme étant non-aidantes ou qui aurait été non-aidantes.</li> <li>- 3 de ces activités ont été identifiées par au moins 7 personnes comme étant non-aidantes.</li> </ul>	<p>d'indiquer des interventions spécifiques, les commentaires ont un caractère plus général. Il est intéressant de noter que dans cette étude, comme dans d'autres (Ashdown, 1985), un grand pourcentage des échantillons potentiels n'ont pas pu être contactés en raison de changements de numéros de téléphone et adresses. Sur le potentiel de participants de cette étude, 21% avaient changé de résidence depuis la mort de leur proche.</p> <p><u>Conclusion</u></p> <p>Les proches semblent avoir un besoin accru pour donner et recevoir des informations concernant la situation de la mort subite. Des mesures visant à accroître les contacts avec les proches, telles que l'intervention volontaire dans chaque situation de crise, la fourniture d'une brochure écrite et les noms et numéros de téléphone, peuvent être bénéfiques. La quantité exacte et le type de suivi nécessaire par cette population unique reste floue. Il y a une nécessité de continuer pour la recherche sur les effets de l'intervention infirmière des urgences en cas de mort soudaine. Les recommandations pour les recherches futures comprennent la réplication de l'étude avec des personnes plus jeunes et avec un échantillon plus vaste, et l'expansion de l'étude afin de déterminer s'il existe une relation entre les données démographiques des victimes ou de proches et les souvenirs des proches sur les actions infirmières aidantes et non-aidantes.</p>
--	--	--	--	---	--

Points forts et points faibles

Très bonne étude structurée, respectant les critères méthodologiques. Répond précisément à la question de recherche.

Les auteurs donnent des recommandations pour les recherches futures et font une critique de leur étude.

Les tableaux synthétisant les résultats sont clairs et précis.

Validité de l'étude bien décrite.

Il manque peut-être des données sur les caractéristiques de l'échantillon.

Référence	Buts	Population/ Echantillon	Méthode	Résultats	Discussion / Conclusion
<p>2.</p> <p>Cooke, M., Cooke, H. &amp; Glucksman, E. (1992). <b>Management of sudden bereavement in the accident and emergency department.</b> <i>British Medical Journal</i>, 304, 1207-1209</p>	<p>→ Evaluer les installations disponibles pour les personnes en deuil brutal dans un service d'urgence et les variations dans la prise en charge de parents endeuillés.</p>	<p>N= 78 infirmières</p> <p><u>Setting</u> Services d'urgences dans le Pays de Galles et en Angleterre.</p> <p>Sur les 98 services d'urgences traitant quelques 50000 patients par an, 78 ont répondu.</p>	<p>Un vaste questionnaire structuré a été envoyé aux infirmières.</p> <p>Le questionnaire a été retourné anonymement pour assurer la confidentialité</p> <p>Les questions ont exploré :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• équipements dans la pièce des parents</li> <li>• soins donnés à la personne en deuil dans le service</li> <li>• procédures pour voir le corps après la mort</li> <li>• procédures pour de nouvelles visites à l'hôpital</li> <li>• donner suite aux dispositions, suivi</li> </ul>	<p><b>Installations</b> : 60 services avaient une pièce spécifique pour les proches. Le reste a utilisé un bureau polyvalent ou une pièce du personnel. Cette pièce était près de la salle de réanimation dans seulement 15 départements et 19 parents ont dû marcher dans la salle d'attente.</p> <p>Equipements disponibles dans la pièce : mouchoir (56), téléphone (48), rafraîchissement (50), cendrier (58), jouet (15), canapé (31), toilette proche (44), lavabo (32).</p> <p><b>Personnel</b> : Dans 49 hôpitaux, une infirmière (qui avait la responsabilité unique de se soucier d'eux) a accompagné les proches dans la pièce, dans 14 hôpitaux un réceptionniste les a accompagné et dans 8 le membre du personnel a varié. Le membre de l'équipe est resté avec les parents dans 40 départements et dans 66 départements, il mettait les parents au courant de l'état du patient et les préparait souvent de l'issue probable. L'annonce du décès a été transmise par le médecin dans 30 départements, l'infirmière qui s'occupait des proches dans 8, ou n'importe lequel d'entre eux dans 40. Bien qu'un médecin soit toujours accompagné par une infirmière, l'inverse était vrai dans 7 hôpitaux. Dans seulement 6 cas, les étudiants étaient autorisés à accompagner l'infirmière ou le médecin pour apprendre les habiletés, compétences de prise en charge de parents affligés.</p> <p><b>Vision du corps</b> : Les proches voyaient habituellement le patient décédé dans la salle de réanimation (42 des cas), bien que 6 unités aient une chambre individuelle et 25 un compartiment séparé; dans seulement 35 services, l'équipe considère que la pièce donnait une intimité adéquate. Dans 47 hôpitaux, l'infirmière des</p>	<p><u>Discussion</u></p> <p>Bien que la plupart des proches soient emmenés dans une <b>pièce spécifique</b> par une infirmière dont la tâche unique est de se soucier d'eux, beaucoup d'hôpitaux utilisent toujours une pièce polyvalente emmené par du personnel non formé et les proches sont laissés seuls. La pièce est rarement près de la salle de réanimation et les parents peuvent avoir une détresse supplémentaire en marchant dans la salle d'attente. Les pièces disponibles sont généralement bien décorées, le manque d'argent et les limitations spatiales étant les raisons habituelles empêchant l'amélioration. La plupart des pièces avaient un cendrier mais seulement 48 avait un téléphone et seulement la moitié avait un lavabo ou une toilette tout près. Les jouets étaient disponibles dans un quart des pièces.</p> <p><b>L'annonce du décès</b> est toujours habituellement donnée par le médecin. Les proches ne montrent aucune préférence du révélateur de la nouvelle (Ewins, Bryant &amp; Scarborough, 1991), ils veulent d'habitude parler à un médecin à certaine étape.</p> <p>Quand un parent est emmené pour <b>voir le corps</b>, il y a invariablement un manque d'espace privé calme. On a donné aux parents du temps seul avec le corps, bien qu'ils doivent souvent le demander. Ces résultats suggèrent qu'il y ait un besoin urgent de pièces conçues pour voir les corps. Nous devons encourager le contact tant verbal que physique de n'importe quelle façon pour autant que la personne trouve appropriée. Malheureusement, beaucoup de départements ne permettent aux parents de voir un patient avec de mutilantes blessures seulement s'ils insistent. Seulement deux hôpitaux appellent un entrepreneur de pompes funèbres pour préparer le corps à tout moment du jour ou de la nuit. Si les parents veulent enlever des alliances ou des affaires spéciales on devrait le permettre. Plusieurs sont forcés de signer pour des objets précieux; il semble y avoir une confusion entre des règlements hospitaliers et des conditions légales. La condition légale est seulement une signature d'un témoin, pas nécessairement une signature d'un parent.</p> <p><b>Prise en charge après le départ des proches.</b> On dit d'habitude aux proches qu'ils peuvent contacter le département à tout moment. Un membre du personnel connu de la famille n'est pas toujours disponible, mais peut éviter la gêne de la famille à devoir expliquer la situation à quelqu'un qui essaie de donner des conseils alors qu'il n'a aucune</p>

			<p>psychologique.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• systèmes pour informer les autres professionnels</li> <li>• procédures supplémentaires dans le cas de la mort d'un enfant</li> </ul> <p>parents les a accompagnés.</p> <p>Le corps a été couvert sauf la tête dans 18 unités et une main a été exposée dans 58 unités. On a donné aux parents du temps seul dans 69 départements, mais seulement 44 leur a permis d'enlever les alliances ou n'importe quelles affaires spéciales; 14 ont insisté pour que les parents signent pour cela. 41 départements ont permis aux parents de voir le corps d'un patient avec de multiples blessures faciales et plus de 33 le permettaient si les parents étaient insistants.</p> <p><b>Soin ultérieur</b> : Quand les proches étaient prêts à retourner chez eux, 44 départements payaient pour un taxi si le transport n'était pas disponible et d'autres utilisaient des conducteurs volontaires, la police, ou des assistants sociaux. 58 départements disaient par habitude aux parents qu'ils pourraient les contacter pour un soutien. C'était d'habitude le service des urgences (49) mais d'autres ont mentionné le médecin généraliste (11) ou un dispositif d'aide et de conseil (8). Cependant, le médecin généraliste a été informé par téléphone par seulement 36 unités et par lettre par 12. 10 départements ont présumé que le médecin légiste informerait le médecin généraliste.</p> <p><b>Suites</b> : Une fois que les proches avaient quitté l'hôpital, il y avait rarement de contact avec le service des urgences. Seulement 4 départements entraînaient par habitude en contact avec les proches.</p> <p><b>Information</b> : 25 unités n'ont donné aucun prospectus, aucune information écrite. Informations contenues dans le prospectus : enregistrement du décès (22), numéro de téléphone pour conseil (13), information sur le deuil (5), groupe de soutien (4), mort subite du nourrisson (16), les procédures suite au décès (3).</p>	<p>information de fond.</p> <p>Seulement quatre départements sont entrés en contact avec les parents après qu'ils aient quitté l'hôpital. La plupart des départements semblent présumer que les parents contacteront une autre organisation s'ils ressentent le besoin. Si on s'attend à ce que le médecin généraliste puisse être la source de consolation, on s'attendrait à ce qu'ils le contactent dès que possible, cependant ce n'était pas le cas dans cette enquête. Tous les départements devraient téléphoner au médecin généraliste au plus tôt, ou le contacter par d'autres moyens.</p> <p>Ewins et Bryant (1991) ont montré que les proches aimeraient une continuité de la prise en charge après le décès, mais aucun d'eux n'a reçu de visites non sollicitées de leurs médecins généralistes. Le service des urgences doit intégrer ses services pour la personne en deuil avec ceux disponibles dans la communauté (Yates <i>et al.</i>). Le soutien devrait être universellement disponible pour réduire la morbidité psychologique dans groupe à haut risque.</p> <p>La plupart des services n'ont pas su comment un parent découvre le résultat d'une autopsie, bien que ce soit d'habitude disponible par le médecin légiste. Il est important que tous les parents aient la confirmation de la cause du décès. Peu le font et c'est la responsabilité du service des urgences de s'assurer que ces informations sont communiquées à la famille directement ou par leur médecin généraliste. On devrait donner des instructions, de l'information aussi bien orales qu'écrites à tous les parents endeuillés. Il y a beaucoup de feuilles de conseil disponibles par des organisations nationales, aussi bien que des prospectus produits par des hôpitaux individuels. Les prospectus étaient souvent incomplets.</p> <p>L'équipe des services d'urgence est consciente du traumatisme psychologique sévère causé par une mort subite du nourrisson. Le corps est traité comme une personne aimée plutôt qu'un objet inanimé, comme cela arrive parfois avec des adultes et une photographie est souvent prise, c'est un souvenir durable. La plupart des départements donnent aux parents un des prospectus nationalement produits pour les aider à faire face à leur perte. Cela ne devrait pas être étendu aux proches de tous les patients mourant dans un service d'urgence? La mort d'un adulte est autant traumatisante que la mort d'un enfant.</p> <p>La plupart des départements ont fait des remarques sur l'inadéquation ressentie par le personnel. La formation supplémentaire a été largement</p>
--	--	--	--	---

				<p><b>Enseignement</b> : Dans 20 départements, il n'y avait aucun enseignement pour le personnel soignant. Dans ceux qui fournissent de l'enseignement, 45 ont donné des cours particulier dans l'institution et seulement 7 infirmières ont été envoyées à des cours régulièrement. 4 départements ont donné aucune formation au personnel médical. Un enseignement accru a été demandé par des infirmières dans 44 des unités examinées.</p> <p><b>Amélioration</b> : Les infirmières proposent différentes actions d'amélioration de la pratique dans ces situations de décès : augmenter la formation (44), améliorer la pièce pour les proches (13), l'accès à un conseiller pour personne endeuillée (9), un meilleur prospectus pour les familles (8), passer plus de temps avec les proches (8).</p>	<p>demandée. Tout personnel devrait donc avoir la formation adéquate dans le soin d'une personne en deuil soudainement avec l'accent placé sur des habiletés et des compétences de conseil et de communication.</p> <p>Il faudrait passer en revue les installations disponibles pour la prise en charge de parents endeuillés et il devrait y avoir une politique acceptée d'assurer le traitement optimal de la famille. Cela doit inclure la flexibilité suffisante pour accommoder les souhaits variables des familles. La gestion du deuil est une des tâches les plus difficiles et délicates exécutées dans un service d'urgences. Le dernier souvenir est le souvenir durable. Avec des installations appropriées, du personnel formé, la morbidité à long terme dans la famille peut être empêchée et le personnel tirera plus de satisfaction de leur soin.</p> <p><u>Conclusion</u>  Bien que les installations peuvent être améliorées, le soin immédiat des endeuillés est bon. La prise en charge au cours des semaines ultérieures et la préparation pendant cette période est invariablement inadéquat.</p>
<p><u>Points forts et points faibles</u>  Etude sur ce qui se fait dans les services réellement. Il n'y pas de classification selon l'efficacité des interventions mais tout un panel d'intervention est décrit.  Grand échantillonnage.  Etude bien construite méthodologiquement avec résumé, objectif, devis, setting, population, méthode, résultats, discussion, conclusion.</p>					

Référence	Buts	Population/ Echantillon	Méthode	Résultats	Discussion / Conclusion
<p><b>3.</b></p> <p>Adamowski, K., Dickinson, G., Weitzman, B., Roessler, C. &amp; Carter-Snell, C. (1993).</p> <p><b>Sudden unexpected death in the emergency department : caring for the survivors.</b></p> <p><i>Canadian Medical Association Journal, 149, 1445-1451.</i></p>	<p>→ Déterminer si le personnel des urgences répond aux besoins des proches</p> <p>→ Evaluer l'efficacité d'un programme d'amélioration des interventions</p>	<p>N = 66 proches</p> <p>2 groupes identifiés à la suite d'un examen des dossiers des décès survenus aux urgences au cours des 2 périodes de 6 mois.</p> <p><u>1er groupe</u>, sondé en 1987, avant la mise en œuvre du programme, 26/49 (53%) ont répondu.</p> <p><u>2ème groupe</u>, sondé en 1990, après le programme, 40/57 (70%) ont répondu.</p> <p>Les 2/3 des participants étaient des époux, l'autre tiers était un</p>	<p>Sondage postal avant et après la mise en œuvre du programme.</p> <p>- Un protocole multidisciplinaire structuré (cf. p.1446-1447) mis en œuvre afin de prévenir les proches de la victime du décès de celle-ci et de les soutenir.</p> <p>- Un programme d'éducation offert à tout le personnel.</p> <p>- Un dépliant fourni aux proches.</p> <p><u>Mesures des résultats</u></p> <p>Réponses au questionnaire portant sur la suffisance et l'opportunité des renseignements fournis, sur l'appui et les interventions du personnel des urgences et sur le désir des proches à assister aux efforts de réanimation.</p> <p><u>Méthodes</u></p> <p>Questionnaire constitué de 17 questions pour évaluer les expériences et identifier les besoins non-satisfaits. Les questions portent sur les liens de parentés avec le décédé, mort inattendue?,</p>	<p><u>1er sondage</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 50% ont passé moins de 2h dans le service des urgences.</li> <li>• 32% ont été informés adéquatement sur les événements avant l'annonce du décès.</li> <li>• 60% ont attendu longtemps pour recevoir des informations médicales.</li> <li>• 53% ont reçu des informations médicales adéquates lors de l'annonce du décès.</li> <li>• 33% ont été informés des procédures qui suivent le décès de leur proche.</li> <li>• 26% l'équipe était présente fréquemment ou toujours.</li> <li>• 40% ont eu un soutien de l'équipe considéré comme suffisant.</li> <li>• 95% auraient aimé être au chevet de leur proche durant les tentatives de réanimation.</li> </ul> <p><u>2ème sondage</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 81% ont passés moins de 2h dans le service des urgences.</li> </ul>	<p><u>Discussion</u></p> <p>Ce programme offre des stratégies d'interventions et de formation pour soulager l'anxiété et comprendre les besoins et attentes de la famille du défunt.</p> <p>Le sondage de 1987 identifie les améliorations à faire dans certains domaines. Ce programme pluridisciplinaire va justement remédier à cela. Quand cela est possible, le travailleur social va donner des conseils psychosociaux et une assistance directe à la famille du défunt.</p> <p>Depuis l'introduction de ce programme, les familles passent <b>moins de temps à l'hôpital</b>, ce qui a pour conséquence que les infirmiers et les médecins retournent faire leurs autres tâches plus tôt et permettent aux familles de se retirer dans un environnement plus intime.</p> <p>La <b>brochure</b> amène des informations qu'ils peuvent relire à la maison, quand ils ont moins d'agitation émotionnelle.</p> <p>Le <b>téléphone</b> effectué dans les 5 jours n'a pas été évalué spécifiquement, mais a été démontré comme une étape précieuse, qui donne l'opportunité aux proches de poser les questions qu'ils n'avaient pas pu exprimer à l'hôpital, de demander des informations spécifiques ou simplement d'exprimer leur gratitude.</p> <p>Condra, Groll, Walker <i>et al.</i> font appel à une équipe de <b>bénévoles</b> pour assister les familles, qui donne des conseils, qui a un certain savoir-faire avec les interventions de crise. Mais les auteurs soulignent la difficulté de maintenir une équipe de bénévole motivée, qualifiée, en nombre. De plus, cette intervention externe favorise de la dépendance de l'équipe soignante.</p> <p>Les auteurs mettent en avant les avantages d'un programme à l'intérieur d'une équipe dans un service d'urgence : des périodes de formation, des discussions ouvertes chargées émotionnellement, de la confiance en soi, une meilleure préparation, de la continuité, une clarification du rôle de l'équipe qui diminue la confusion et le chevauchement. Chaque groupe de professionnel comprend ainsi ses responsabilités et celles des autres.</p> <p>Bénéfice d'assister à la réanimation de leur proche, une étude l'atteste (Doyle, Post, Burney <i>et al.</i>). Les auteurs ne l'excluent pas mais pensent qu'il ne faut pas l'encourager car cela nécessite un soutien de la part de l'équipe, des</p>

		<p>autre membre de la famille.</p>	<p>disponibilité de la salle d'attente, soutien de la part de l'équipe, informations données, remarques et commentaires. Le questionnaire est distribué en anglais et en français. Les questionnaires étaient envoyés de 6 mois à 1 année après le décès.</p> <p><u>Validité</u> Le questionnaire a été étudié et approuvé par un comité d'éthique de l'hôpital.</p> <p><u>Analyse</u> « SPSS/PC+ statistical software » Comparaison des réponses avec « Yate's continuity correction or Fischer's exact test »</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 66% l'équipe était présente fréquemment ou toujours.</li> <li>• 79% ont eu un soutien de l'équipe considéré comme suffisant.</li> <li>• 11% auraient aimé être au chevet de leur proche durant les tentatives de réanimation.</li> </ul> <p>Tableau récapitulatif (p.1449) des réponses (en pourcentage et la valeur "p") au questionnaire sur avant et après la mise en place du programme.</p>	<p>meilleures informations médicales.</p> <p>La différence des réponses des deux sondages peut s'expliquer en partie par le changement des attitudes, l'augmentation du personnel des urgences et bien sûr par l'introduction du programme. Mais il est difficile de voir qu'est ce qui a vraiment été déterminant : la brochure, la formation, le protocole...</p> <p><u>Conclusion</u> Jumelée à la sensibilisation et à la formation du personnel, une démarche pluridisciplinaire structurée permet d'atténuer la douleur des proches lors du décès subit et inattendu d'un être cher aux urgences.</p>
--	--	------------------------------------	---	---	---

Points forts et points faibles

Les auteurs proviennent de différents corps de métier complémentaires : social, médecine et soins infirmiers. Cela rend l'étude plus enrichissante car prenant des points de vue différents. La bibliographie est très intéressante.

Répond exactement à la question de recherche.

Cette revue donne des stratégies d'intervention dans le programme réalisé pour l'étude. Ce programme est basé sur les besoins et attentes de la famille du défunt, son efficacité est d'ailleurs évaluée dans cette revue. Les auteurs font une critique de leur étude.

C'est une étude bien structurée et respectant les critères méthodologiques : objectif, devis, setting, population, méthode, résultats, discussion, conclusion. Elle contient un bon résumé, un tableau récapitulatif pertinent, etc. Elle a également un échantillon intéressant : 66 personnes. Mais les caractéristiques de cette échantillon sont peu développées.

Référence	Buts	Population/ Echantillon	Méthode	Résultats	Discussion / Conclusion
<p><b>4.</b></p> <p>Tye, C. (1996). <b>Sudden bereavement in Accident and Emergency : the development and evaluation of a short educational course for qualified nurses.</b> <i>Accident and Emergency Nursing, 4</i>, 88-93.</p>	<p>→ Décrire le développement et l'évaluation ultérieure d'un cours éducatif de courte durée destiné aux infirmières des urgences.</p>	<p>N = 30 infirmières</p> <p>Limitations à 10 participants par cours. Il y a eu 3 cours donc 30 participants en tout.</p> <p>-28 (93 %) de l'échantillon étaient féminin</p> <p>-21 (70 %) avaient une expérience de plus de 3 années dans les urgences.</p>	<p>Un questionnaire auto-administré a été conçu pour évaluer les 3ers cours organisés, qui a été retournés par les participants 4 semaines après la fin de chaque cours.</p> <p>Des données démographiques, des questions spécifiques des cours, un mélange de questions ouvertes et fermées a été utilisé.</p> <p><u>Contenu du cours</u></p> <p>-Durée : 2 jours consécutifs</p> <p>-Introduction seulement à un secteur complexe et exigeant</p> <p>-Structure formelle</p> <p>-Création d'un environnement dans lequel des expériences personnelles et des opinions individuelles pouvaient être respectées et partagées.</p> <p>-Philosophie humaniste incorporant les principes d'andragogie (Knowles 1990)</p> <p>-Connaissances et compréhension théoriques autour de domaines comme la perte, le processus de deuil.</p> <p>-Exemples de contenu des cours : utilisation de jeux de rôles, exploration des aspects multiculturels du chagrin, débat sur la présence des parents durant la réanimation, formulation de plan d'action, de stratégies. (cf p.90-91)</p> <p><u>Anonymat et confidentialité</u> ont été garantis auprès des participants. Permission obtenue auprès des participants pour utiliser les résultats dans cette étude.</p>	<p>18 (60 %) avaient reçu une sorte de cours sur le sujet pendant leur formation, mais 14 d'entre elles l'ont décrite comme inutile. Depuis qu'elles sont diplômées, 14 (46 %) n'en avaient pas reçu dans ce secteur. Seulement 12 (40 %) se sont senties préparées pour ce rôle avant de suivre ces cours. Et 17 (56 %) se sont senties non soutenues par les collègues.</p> <p>Un mois après le cours, les 30 étudiantes ont annoncé des connaissances accrues de la gestion de la perte soudaine et ont en conséquence amélioré leur confiance en elles. 27 (90 %) ont déclaré que leur anxiété personnelle de la mort avait diminué. De façon intéressante, 22 (73 %) de l'échantillon ont estimé que la discussion de groupe était la méthode d'enseignement la plus utile, avec seulement 8 (27 %) identifiant le jeu de rôle comme utile.</p>	<p><u>Discussion</u></p> <p>Alors que l'évaluation a toujours été une partie intégrante du développement de programme d'études, le climat économique et politique actuel place l'accent encore plus sur la manifestation de la contribution faite auprès de l'enseignement à l'amélioration de la pratique clinique. Malgré cela, il semble y avoir peu de recherches empiriques de valeur dans ce secteur crucial (Barriball <i>et al.</i>, 1992), bien qu'il soit reconnu que des difficultés méthodologiques substantielles existent.</p> <p>Bien que beaucoup d'effort ait été mis dans la conception du questionnaire en termes de construction, de présentation et des critères utilisés ; les données produites étaient néanmoins soumises à une variété des sources potentielles d'erreur.</p> <p>Par exemple, certains des participants peuvent avoir été réticents à donner des réponses critiques du cours et, implicitement, de l'enseignant (bien qu'il y ait une garantie d'anonymat).</p> <p><u>Conclusion et recommandations</u></p> <p>Malgré ces réserves considérables, le résultat et, ce qui est plus important, le processus de développer ce cours ont prouvé leur valeur. Le besoin d'une telle disposition éducative est essentiel pour créer un continuum d'étude de la réflexion sur l'expérience. Alors que le contenu ait semblé approprié, un cours plus long peut être exigé pour permettre une discussion suffisante des secteurs complexes impliqués. L'approche principalement résultant de l'expérience, centrée sur la petite discussion de groupe, était généralement efficace dans la facilitation de l'étude, bien qu'il y ait une place pour une variété d'autres méthodes plus didactiques.</p>

Points forts et points faibles

L'étude répond aux critères méthodologiques.

Dans cette étude, c'est la revue de littérature qui été le plus utile. Sinon, il n'y a que très peu d'intervention, seule l'importance de la formation est développée. Par conséquent, elle ne répondait pas précisément à la question de recherche.

Bibliographie intéressante.

Référence	Buts	Population/ Echantillon	Méthode	Résultats	Discussion / Conclusion
<p>5.</p> <p>Li, S., Chan, C. &amp; Lee D. (2002). <b>Helpfulness of nursing actions to suddenly bereaved family members in an accident and emergency setting in Hong Kong.</b> <i>Journal of Advances Nursing</i>, 40, 170-180.</p>	<p>→ Gagner des connaissances sur les actions infirmières perçues comme aidantes pour les membres d'une famille endeuillée à Hong Kong.</p> <p>→ Examiner les relations entre l'âge, le genre, l'origine, le niveau d'éducation, la religion.</p>	<p>N= 76 proches</p> <p>114 personnes rentraient dans les critères ci-dessous. 76 ont accepté de participer.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-44 femmes</li> <li>-32 hommes</li> <li>-13% en dessus de 60 ans</li> <li>-60% entre 18 et 39 ans.</li> <li>-14.5 % ont reçu une éducation non formel (n'ont pas été à l'école)</li> <li>-15.8% ont un niveau d'éducation tertiaire.</li> <li>-48.7% époux(se)</li> <li>-19.7% parent</li> <li>-27.6% enfant</li> <li>-2.6% frère ou sœur</li> <li>-1.3% autre (copain, copine)</li> <li>-21.1% culte des ancêtres</li> <li>-11.8% chrétien</li> <li>-1.3% bouddhiste</li> <li>-1.3% autre</li> <li>-64.5% sans croyances religieuses.</li> </ul> <p><u>Critère d'inclusion</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Les membres de la</li> </ul>	<p><u>Récolte de données</u></p> <p>Interview téléphonique structuré. Questionnaire repris de Tye, C. (1993) et traduit. Quelques modifications ont été apportées.</p> <p>C'est la même personne qui a fait les interviews pour éviter les préjugés (« biais »). Cette méthode de récolte de donnée permet d'inclure les personnes analphabètes. Selon les études de Barriball (1996) et Lorig (1997), il est plus facile pour les personnes de répondre par téléphone que d'être face-à-face. Elles s'expriment ainsi plus librement, et il y a moins de chance qu'elles veuillent donner des réponses socialement acceptables.</p> <p><i>Partie A</i></p> <p>Liste de 33 actions infirmières incluant les soins physiques, psychologiques, de support informationnel et les actions de suivi. Un score de 1 à 5 devait être noté à chaque item. 1 = pas aidant, 5 = est le plus aidant</p> <p><i>Partie B</i></p> <p>Questions ouvertes sur les actions non citées dans la partie A, pour critiquer. Cette partie permet à la recherche de recueillir des informations supplémentaire pour être capable de comprendre au mieux les besoins des familles.</p> <p><i>Partie C</i></p> <p>Inclut les données démographiques, l'âge, le genre, les relations avec la personne</p>	<p>En cohérence avec la littérature antérieure, les proches perçoivent ces <b>actions comme les plus aidantes</b> : recevoir des informations, voir la personne décédée, respecter les coutumes et la religion. C'est un choc d'assimiler toutes les informations verbales, il est important de fournir des informations écrites. Voir le corps dans le service est important selon les proches. Cela permet selon certains auteurs une meilleure adaptation à la mort (la rend concrète, et pas irréelle). Surtout à Hong Kong, car il peut se passer 10-14 jours avant les funérailles. En dépit du fait que les interviewés n'avaient pas tous une religion, ils trouvaient important de respecter les valeurs individuelles et les pratiques religieuses. Il est très aidant de pouvoir assister aux mesures de réanimation. En cohérence avec la littérature antérieure, décourager la visite du corps et offrir une sédation sont vus comme les <b>actions les moins aidantes</b>.</p> <p>Dans la pratique, les proches refusent souvent aux personnes âgées et aux enfants de voir le corps par peur que ça leur apporte du malheur. Mais après 50 jours à 10 mois, ils commencent à regretter leur décision. Offrir une sédation n'est pas aidante car elle inhibe l'expression du chagrin. Fournir des mesures de confort comme offrir un verre d'eau est identifiée comme très aidante dans certaine étude (Tye,</p>	<p><u>Limites de cette étude</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'échantillon de personnes interviewées était petit et non-randomisé.</li> <li>- Population jeune et d'âge moyen.</li> <li>- Différence dans la signification des mots, due à la traduction de l'anglais au chinois.</li> <li>- Le questionnaire manquait de sensibilité culturelle.</li> </ul> <p><u>Conclusion</u></p> <p>Dans un contexte d'urgence et lors d'accident, l'infirmière a un rôle unique dans l'offre d'actions utiles pour soutenir les proches soudainement endeuillés. Cette étude identifie quelques actions aidantes en cohérence avec la littérature occidentale. Quelqu'une ne le sont pas. En se basant sur les résultats de cette étude, différentes stratégies pourraient être développées : aider les familles à faire face et à supporter pendant une réanimation, identifier les préoccupations des membres de la famille. Par exemple, inviter la famille à rester pendant la réanimation et permettre au proche de voir le corps peut faciliter la résolution du processus de deuil. L'infirmière des urgences devrait être consciente, sensible à la réponse émotionnelle des familles et au support du réseau social. Il est</p>

		<p>famille devaient être liés par le sang ou le mariage ou être une personne significative</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entre 50j et 10 mois après le décès.</li> <li>- Joignable par téléphone</li> <li>- Personne adulte parlant le cantonais.</li> <li>- Devait être physiquement présent dans le service lors du décès ou alors après lors du transfert à la morgue.</li> </ul> <p><u>Critère d'exclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Décédé ayant une maladie sans traitement efficace ou recevant un traitement depuis plus de 5 ans. (car le mort devait être brutale)</li> </ul>	<p>décédée, la religion, l'origine et le niveau d'éducation.</p> <p><u>Analyses des données</u></p> <p>Les scores de chaque action et les réponses des questions ouvertes étaient résumés et mis dans l'ordre.</p> <p>Le « Mann-Whitney's U-test » et le « Kruskal- Wallis' test » étaient utilisés pour les différences selon l'âge, le genre, l'éducation, l'origine et la religion. « Pearson's Correlation Coefficients » était utilisé pour identifier les liens de parenté parmi chaque actions et les données démographiques.</p> <p><u>Validité</u></p> <p>Questionnaire relu par 2 experts (une infirmière et un médecin) pour tester la validité de son contenu. La fiabilité a été contrôlée par des tests.</p> <p>Les familles interviewées étaient informées sur le but, la méthode, l'anonymat et la confidentialité. Elles donnaient leur consentement verbal.</p> <p>Un comité d'éthique de l'Université de Hong-Kong et l'hôpital cible ont lu et approuvé cette recherche.</p>	<p>Fraser &amp; Atkins), mais c'est la troisième moins aidante dans cette étude.</p> <p>Il n'y a pas de différences significatives entre les actions et l'âge, le genre, le niveau d'éducation, l'origine et la religion. Mais des corrélations subsistent.</p> <p>Les jeunes auront besoin de plus d'informations pour organiser leur travail au mieux et les exigences de leurs multiples rôles. Entre 18 et 39 ans, ils ont une expérience de vie relativement limitée. Ce manque d'expérience pour faire face à la mort et pour s'occuper des procédures de décès, augmente leur demande d'information. Les jeunes se font plus de soucis pour l'apparence, il faudra donc enlever l'équipement de la personne décédée (sonde, etc.).</p> <p>Les personnes avec un plus bas niveau d'éducation classent ces actions comme aidantes : recevoir des coordonnées (nom) des membres de l'équipe et être informé quand ils peuvent quitter le service, pouvoir faire des téléphones à l'extérieur pour contacter le reste de la famille ou pour avertir son employeur (car manquent de revenus pour avoir un portable).</p>	<p>suggéré qu'une personne endeuillée brutalement ne devrait pas rester seule. L'infirmière peut prendre l'initiative d'accompagner les membres de la famille à identifier les amis ou autres parents à être là pour les soutenir dans ces moments de crise.</p> <p>La comparaison de différents contextes (occidentaux, chinois) peut aider à identifier davantage d'interventions aidantes. De plus, l'investigation des relations entre les membres de la famille, des genres, du statut et de la cause du décès peut aider à comprendre les besoins. Un interview qualitatif des personnes endeuillées et des infirmières pourrait aider à identifier les interventions faisables.</p>
--	--	---	--	--	--

Points forts et points faibles

Cette étude récente répond exactement à ma question de recherche. C'est une étude chinoise, donc avec une culture différente.

Elle possède une bonne structure méthodologique. Résumé très pertinent. Tous les critères méthodologiques sont présents.

Bon échantillonnage (76 personnes), les caractéristiques sont bien développées avec des critères d'inclusion et d'exclusion.

Les limites de l'étude sont clairement définies ainsi que les influences de la culture chinoise. Les tableaux sont pertinents, beaucoup d'interventions sont nommées et listées.

Comparaisons possibles avec les études antérieures (Fraser & Atkins, 1990; Tye, 1993)

## Etude quantitative et qualitative

Référence	Buts	Population/ Echantillon	Méthode	Résultats	Discussion, conclusion
<p>6.</p> <p>Tye, C. (1993). <b>Qualified nurses' perceptions of the needs of suddenly bereaved family members in the accident and emergency department</b>. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 18, 948-956.</p>	<p>→ Établir quelles perceptions a un échantillon d'infirmière de l'utilité d'actions infirmières, dérivées de la littérature, pour répondre aux besoins des membres d'une famille endeuillée dans le service d'urgence.</p> <p>→ Déterminer si les infirmières des urgences se sont senties adéquatement préparées</p>	<p>N= 52 infirmiers</p> <p><u>Setting</u> Dans le but d'obtenir un échantillon de taille raisonnable, trois différentes hôpitaux généraux dans la région de Londres ont été sélectionnés (pour diminuer également le biais d'une même culture d'un hôpital). Echantillon non-randomisé, de tout le personnel infirmier qualifié des urgences (n = 70). Sur les 70 questionnaires envoyés, 52 ont été adéquatement remplis et</p>	<p>Questionnaire structuré, autoadministré, conçu par l'auteur.</p> <p>Une approche quantitative a été utilisée pour analyser statistiquement et standardiser les réponses des infirmières. Toutefois, étant donné le sujet potentiellement sensible, des données qualitatives ont été recueillies pour ajouter de la profondeur supplémentaire et de la couleur à cette étude.</p> <p><u>Questionnaire</u> Il a d'abord été nécessaire d'identifier dans la littérature une liste complète des activités infirmières. L'auteur s'est basé sur l'étude de Fraser &amp; Atkins (1990) pour son questionnaire. Un certain nombre d'études ont été utilisées pour modifier et augmenter la liste de Fraser &amp; Atkins (1990). La liste finale compte au total 35 actions. Afin d'assurer une structure logique, les actions ont été organisés en une série de phases reflétant les expériences des proches dans</p>	<p>L'action infirmière estimée la plus utile est de <b>prendre en charge la famille le plus rapidement à l'arrivée</b> dans le service.</p> <p>La deuxième plus utile est offrir une <b>chambre séparée</b> pour l'utilisation de la famille, elle avait été classée par Fraser &amp; Atkins (1990) comme l'action la plus utile, ce qui indique un degré de congruence entre les groupes. Il convient de noter, cependant, que la comparaison directe est problématique en raison des différents instruments utilisés.</p> <p><b>Fournir des mesures de confort</b> tels que thé ou café a été classé 22ème. Toutefois, d'autres études ont indiqué que les membres de la famille apprécient grandement ce genre de mesures de confort (Ashdown 1985, Fraser &amp; Atkins 1990, Mian 1990).</p> <p>Permettre la <b>visualisation du corps</b> a été classée 23ème dans cette étude. Cela semble en revanche contraster avec l'importance attachée à la famille à fournir une confirmation immédiate de la mort, identifié d'ailleurs dans la littérature (Gones &amp; Buttery 1981, Cathcart 1988, Mian 1990, Scowen 1990). Cependant, d'autres aspects de la vision du corps étaient inclus dans l'instrument attirés par des scores plus élevés, ce qui démontre une variété de perceptions divergentes parmi les sujets individuels dans ce domaine particulier.</p> <p>L'action infirmière, qui est de <b>montrer ses propres réponses émotionnelles</b>, a été mis au 29ème rang. Cela montre la réticence de l'échantillon à exprimer ses émotions</p>	<p>L'échantillon de 52 infirmières utilisé dans cette étude a paru globalement avoir un niveau raisonnable de sensibilisation des besoins de la famille en deuil. Toutefois, dans l'échantillon, il y avait une variété de perceptions divergentes de l'utilité des actions individuels. L'échantillon dans son ensemble a indiqué que certaines actions, tels que offrir une sédation, s'assurer que le médecin annonce le décès et retourner les habits du patient à la famille n'ont pas été perçues autant utiles dans cette situation. Cette hypothèse est étayée, pour l'essentiel, par d'autres études qui ont demandé l'avis des endeuillés. Toutefois, certaines actions qui ont été identifiées comme très utiles ailleurs (Fraser &amp; Atkins 1990), comme offrir des mesures de confort, permettre la visualisation du corps (Mian 1990) ont été classés beaucoup plus faiblement dans cette étude.</p> <p>De plus, l'échantillon dans son ensemble a perçu que le suivi dans les services d'urgence n'étaient pas particulièrement utile. Cela contredit la pratique courante dans de nombreux services d'urgence aux Etats-Unis, comme dans certains centres dans ce pays (Yates <i>et al.</i>, 1990, Cooke <i>et al.</i>, 1992). L'étude a également constaté que plus de la moitié de l'échantillon n'avait pas reçu d'enseignement de la mort, soit pendant leur formation de base ou post grade. De nombreux auteurs dans ce domaine prétendent que la formation est un élément crucial dans la gestion efficace du deuil soudain (par exemple, Lyons 1988, Sherr 1989, Wright 1991). L'âge, la durée de l'expérience et l'enseignement reçue ont tous démontré qu'ils avaient une corrélation statistiquement significative avec les perceptions de</p>

<p>pour assumer le rôle stressant de la prise en charge des familles endeuillées.</p>	<p>retournés, ce qui représente un taux de réponse de 74%.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 8% Hommes</li> <li>- 92% Femmes</li> </ul> <p>Âge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 21-30 : 54%</li> <li>- 31-40 : 36%</li> <li>- 41 à 50: 6%</li> <li>- + 51 : 4%</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- infirmière candidate: 12%</li> <li>- infirmière senior candidate: 4%</li> <li>- personnel infirmier 48%</li> <li>- personnel infirmier senior 17%</li> <li>- infirmière-chef: 19%</li> </ul> <p>Durée de l'expérience :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- &lt;1 an 23%</li> <li>- 1-5 ans 35%</li> <li>- &gt; 5 ans 42%</li> </ul>	<p>un service d'urgence :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Contacter les membres de la famille et s'occuper de leur arrivée rapidement.</li> <li>2) Fournir des installations privés adéquates.</li> <li>3) Fournir une infirmière de liaison entre les membres de la famille et l'équipe de réanimation.</li> <li>4) Fournir des informations sur la gravité de l'état du patient avant son décès et préparer la famille sur les possibilités que la mort peut s'ensuivre.</li> <li>5) Annonce du décès.</li> <li>6) Laisser voir le corps et respecter les coutumes religieuses.</li> <li>7) Traiter avec les réactions de deuil et la réponse émotionnelle du personnel impliqué.</li> <li>8) Fournir des informations sur la cause du décès, l'autopsies, et sur les procédures</li> <li>9) Prévoir des dispositions de suivi et conclure le processus.</li> </ol> <p>Une échelle de notation à cinq points de type «Likert» : pas aidant, légèrement aidant, modérément aidant, très aidant et le plus aidant, a été utilisé. A chaque infirmière il a été demandé de cocher qu'une</p>	<p>personnelles. Pourtant l'étude de Finlay &amp; Dallimore (1991) conclut que les parents ont obtenu un grand soutien en voyant que le personnel était bouleversé. Parkes (1975) revendique aussi que la volonté des professionnels à révéler ses sentiments personnels montre aux proches qu'ils n'ont pas honte de leurs sentiments.</p> <p>Plusieurs des actions de soins infirmiers concernant <b>le suivi</b>, par exemple fournir un téléphone de suivi après quelques semaines, ont été classés faiblement en termes d'utilité perçue. Ce domaine semble avoir été développé de manière plus étendue aux USA qu'en Angleterre où cela n'est pas considéré comme faisant partie du rôle infirmier. Pourtant, il existe des preuves qui semblent indiquer comment les proches trouvent utiles de pouvoir parler avec un professionnel des soins qui était présent au moment du décès, ou qui a été impliqué avec eux lors de l'annonce du décès (Mian, 1990). En contraste avec ce point de vue, plusieurs infirmières interrogées ont indiqué par leurs commentaires qu'elles estimaient que cela pourrait être une intrusion, ou un rappel douloureux.</p> <p>L'échantillon d'infirmières a estimé que s'assurer qu'un médecin <b>annonce le décès</b>, n'est pas utile, par rapport à d'autres actions. C'est encore renforcée par plusieurs observations : « mon expérience avec les médecins qui annoncent la mauvaise nouvelle, c'est qu'ils ont sont très mauvaise, et souvent ils ne disent pas clairement que le patient est décédé ». « Je pense que c'est complètement inutile qu'un médecin le fasse, cela devrait être la personne qui a passé le plus de temps avec eux ». Historiquement, de nombreux médecins ont vu ce domaine comme leur unique</p>	<p>l'infirmière sur les besoins des membres de la famille (P &lt;0,05). Les limitations de l' instrument et l'échantillon non-randomisé utilisés n'autorisent pas tirer des conclusions généralisables. Toutefois, l'enseignement seul ne semble pas être suffisant pour la préparation dans ce contexte. De même sans expérience, une certaine forme de préparation ou d'évaluation ne semble pas satisfaisante.</p> <p>Le manque d'études comparables dans ce domaine spécifique de la mort subite fait la référence à d'autres travaux impossible.</p> <p><b>La sensibilité et la connaissance de soi</b></p> <p>Cependant, la littérature montre que la sensibilité, la connaissance de soi et la flexibilité sont des qualités importantes chez les professionnels concernés (Penson 1990, McLauchlan 1990).</p> <p>La réticence de l'échantillon à dévoiler ses propres sentiments peut constituer une tentative d'éviter ou de se retirer de la douleur associée à la perte soudaine (Johansson &amp; Lally, 1990). Comme telle, elle pourrait être considérée comme un moyen de défense contre la menace d'une exposition répétée à une expérience émotionnelle intense. (Holman, 1990).</p> <p>L'étude a également révélé que moins de la moitié de l'échantillon a estimé être suffisamment préparés. Encore une fois, les résultats suggèrent que la formation et l'expérience sont des éléments essentiels dans le sentiment d'être suffisamment préparés. Toutefois, il reste douteux que les sentiment d'être préparés pour ce rôle difficile conduisent les infirmières à faire des interventions plus efficaces avec les endeuillés. De même, la sensibilisation de la gamme des interventions infirmières qui pourraient être aidantes ne traduit pas automatiquement une bonne pratique des soins infirmiers.</p> <p><u>Implication pour la pratique</u></p>
---	---	---	---	--

		<p>case.</p> <p>Afin de minimiser les éventuels biais dans les réponses, il a été souligné qu'il n'y avait pas de réponses justes ou fausses et que chaque question devait être considérée individuellement.</p> <p>Une question ouverte demandait aux répondants de commenter, s'ils le voulaient, sur l'une des actions.</p> <p>La dernière question demandée était de savoir si elles avaient reçu un enseignement ou une formation formelle pour faire face au deuil et si elles se sont senties suffisamment préparées pour satisfaire les besoins des proches.</p> <p>Une petite étude pilote a été réalisée avec six infirmières des urgences. En conséquence, des modifications mineures ont été apportées notamment pour la présentation du questionnaire.</p> <p><u>La fiabilité et la validité</u></p> <p>La cohérence interne de l'outil a été mesurée en utilisant un test (<math>r = 0.699</math> Pearson). Parce que les 35 actions infirmières utilisées dans le questionnaire ont été obtenues à partir d'une recherche extensive de la</p>	<p>responsabilité, et il reste important pour les proches que l'on réponde correctement aux questions médicales, si nécessaire.</p> <p>Toutefois, la façon dont les décès sont annoncés et les compétences interpersonnelles utilisées dans cette situation l'emportent sur la démarcation du rôle professionnel.</p> <p><b>Offrir une sédation</b> a également été classé très faiblement (34ème rang) ce qui est soutenu par la littérature car cela peut sérieusement interférer avec, ou supprimer le processus de deuil (Hill 1988, Wright 1991).</p> <p><u>Perceptions des actions aidantes en fonction de l'âge, la durée, l'expérience professionnelle et l'enseignement reçu</u></p> <p>Les résultats indiquent que toutes les variables à l'étude avaient une corrélation statistiquement significative avec le classement des perceptions infirmières (<math>P &lt; 0.05</math>). L'hypothèse nulle qu'il n'y aurait pas de différences significatives dans les perceptions de l'échantillon par rapport aux variables de l'âge, la durée, etc., a été rejetée dans chaque cas. Alors qu'il a été démontré que l'enseignement avait une corrélation avec les perceptions des infirmières, comme suggéré par Miles (1980) et Lyons (1988), l'âge (qui pourrait être assimilée à l'expérience de vie) et la durée de l'expérience professionnelle semblaient être des facteurs autant importants que l'enseignement.</p> <p><u>Perceptions de la préparation et de la formation</u></p> <p>Plus de la moitié de l'échantillon (56%) estimaient qu'ils n'étaient pas adéquatement préparés pour ce rôle, en dépit d'avoir à gérer des crises de façon récurrente. Cette constatation est en accord avec McGuinness (1988), où 50% des personnes interrogées estimaient être mal préparées. Sur les</p>	<p>Un bon nombre des actions infirmières identifiées à partir de la littérature comme utiles pourraient constituer la base d'un outil d'intervention en cas de mort soudaine dans les services d'urgence. Et des outils similaires ont déjà été utilisés avec succès aux États-Unis et ont prouvé être des cadres utiles à des fins éducatives. Il convient de souligner qu'un tel outil doit être utilisé comme un guide pour l'évaluation et non pas strictement appliquées, indépendamment de la situation ou des individus concernés.</p> <p>Le manque de possibilités d'enseignement ou de formation et le nombre d'infirmières qui se sentaient insuffisamment préparées doit être une source de préoccupation. Tandis que d'autres aspects de cette étude, indiquaient que la formation n'était pas la seule variable qui avait eu un effet sur les perceptions, il s'agit clairement d'un élément important, en particulier pour le personnel moins expérimenté. De même, il faut reconnaître que le personnel expérimenté a besoin d'opportunités pour réfléchir et examiner sa pratique clinique.</p> <p>Il est recommandé que la formation dispensée doit concerner les besoins particuliers, et devrait se concentrer sur les compétences psychosociales et interpersonnelles. La connaissance de soi et les attitudes personnelles envers la mort et les mourants devraient également être explorées expérimentalement, comme il est suggéré par Durlak &amp; Riesenburg (1991). Les médecins, comme les infirmières, doivent être impliqués. Plus important encore, chaque fois que c'est possible la formation dispensée devrait s'appuyer sur et développer les expériences cliniques du personnel concerné.</p> <p>Parallèlement à cela, une attention doit être faite sur qui annonce la mauvaise nouvelle. Le monopole historique de la profession médicale dans ce domaine a déjà été contestée dans certains centres. Celui qui s'acquitte de cela, doit posséder les compétences nécessaires, de la</p>
--	--	--	--	---

			<p>littérature, qui a fourni des sources corroboratives, un certain degré de validité du contenu a été obtenu.</p> <p>L'appel à l'opinion d'experts est considéré comme mesure supplémentaire (Polit &amp; Hungler 1989). L'instrument a été montré à plusieurs infirmières seniores spécialistes et à McMillan ("tutors prior") qui ont apporté des modifications.</p> <p><u>Analyse des données</u> Les scores (1-5) des sujets ont été additionnés mis dans l'ordre croissant des actions ayant eu le meilleur score.</p> <p>Un «Mann-Whitney V-test» a été utilisé afin d'analyser la perceptions des infirmières en fonction de l'âge, la durée, l'expérience professionnelle et l'enseignement reçu.</p>	<p>29 répondants qui ne se sentent pas suffisamment préparés, 20 (69%) n'avaient pas reçu d'éducation formelle et 23 (79%) avaient moins de 5 ans d'expérience en soins infirmiers.</p> <p>La valeur perçue de la formation et l'expérience, dans la préparation des infirmières pour ce rôle a également été illustrée par ces commentaires : « Je suis certain que je devrai profiter davantage de la formation continue bien que j'apprend de mes essais et mes erreurs. Je stresse malgré mes années d'expériences, j'apprécierai plus de formation. »</p> <p>Bien que l'échantillon contenait un large éventail d'âge, d'expériences et de grades, plus de la moitié (58%) n'avaient jamais reçu une forme quelconque de formation. En outre, seulement sept (13%) ont indiqué qu'ils avaient reçu un enseignement dans ce domaine au cours de leurs formation en soins infirmiers de base. Dix de l'échantillon (19%) ont déclaré qu'ils avaient reçu une formation dans le traitement des proches endeuillés durant leur formation d'infirmières d'urgence spécialisées (ENBCNS 199: cours spécifique en Angleterre) et 10 (19%) avaient participé à des journées de formation, par exemple, pour annoncer le décès.</p>	<p>sensibilité et avoir eu des contacts antérieurs avec les endeuillés.</p> <p>Il convient également d'envisager l'élaboration des suites à donner pour offrir un soutien continu dans la collectivité.</p> <p>Enfin, le simple fait qu'il existe peu de recherches dans ce domaine, notamment au Royaume-Uni, souligne la nécessité de poursuivre les travaux. Les quelques études qui sont disponibles montrent qu'il reste beaucoup à faire pour que les besoins de ce groupe vulnérable soient satisfaits au cours de leur bref séjour dans le service d'urgence et au-delà.</p>
<p><u>Points forts et points faibles</u> Répond exactement à la question de recherche. Etude très bien construite méthodologiquement répondant aux critères. Cadre de référence explicité, bonne revue de littérature Tableau bien synthétique et pertinent. L'étude définit bien les caractéristiques de l'échantillon. Bibliographie intéressante.</p>					

## Etudes qualitatives

Référence	Buts	Population/ Echantillon	Méthode	Résultats	Discussion / Conclusion
<p>7.</p> <p>Dent, A., Condon, L., Blair, P. &amp; Fleming, P. (1996). <b>A study of bereavement care after a sudden and unexpected death.</b> <i>Archives of Disease in Childhood</i>, 74, 522-526.</p>	<p>→ Etablir ce que les parents pensent des soins reçus après le décès brutal de leur enfant.</p> <p>→ Montrer ce que les professionnels peuvent offrir comme sortes de soutien.</p>	<p>N= 42 parents, 36 infirmières, 187 bénévoles, 166 médecins.</p> <p>Etude menée en Angleterre et aux Pays de Galle, dans 7 régions (2 établissements de santé dans chacune des régions). L'étude a pris en considération les facteurs géographiques, socioéconomiques, urbains, ruraux et éthiques.</p> <p><u>Validité</u> L'approbation éthique a été soumise dans 15 établissements (dont 1 pour le projet pilote). Sur les 15 établissements, 7 ont accepté le projet et les</p>	<p><u>Récolté des données</u> <b>Auprès des parents</b> Questionnaire postal. Cette méthode a été adoptée car il fallait faire face à une grande distribution à travers tout l'UK, en peu de temps. Le questionnaire a été conçu pour obtenir des informations sur les perceptions des deux parents et sur la satisfaction de la prise en charge faite par les services d'urgences, l'équipe hospitalière, le médecin légiste, le clergé, les pompes-funèbres,</p>	<p>Sur les 185 familles identifiées, seulement 72 ont été incluses dans cette étude. Presque 2/3 n'ont pu être approchées, car le généraliste a refusé, ne pouvait pas les localiser, n'a pas répondu à la demande, etc.</p> <p>De plus, dans 2 districts, les familles identifiées n'ont pas pu être contactées due au manque d'informations des pédiatres locaux.</p> <p>Sur les 72 familles contactées, 42 (58%) ont renvoyé le questionnaire.</p> <p>Les causes du décès des enfants étaient : 19 morts subites du nourrisson, 9 infections, 4 décès sur la route, 4 défaillances cardiorespiratoires, 2 hémorragies, 1 brûlure, 1 blessure multiple, 1 gastroentérite, 1 non connue.</p> <p>L'âge des enfants s'étalait de 2 semaines à 10 ans. La majorité avait moins d'un an (61%). Exactement la moitié des décès se sont passés à la maison, le reste s'est passé aux soins intensifs. Dans 25 cas, les 2 parents ont répondu, et dans 17 cas seul un parent a répondu (15 mères, 2 pères).</p> <p><b>Analyse des réponses des parents</b> Dans le service hospitalier, la prise en charge de leurs enfants a été perçue comme bonne dans 92% des cas. La prise en charge par les médecins et les infirmiers a été considérée comme bonne dans 77% des cas. Le décès des enfants a été relaté avec sensibilité à tous les parents. La plupart des hôpitaux avaient des installations disponibles pour aider les parents malgré que peu d'unités aient prévu d'endroits pour jouer pour les frères et sœurs et de transports pour le retour à la maison.</p> <p>Plus d'1/4 des parents n'ont pas reçu d'informations juste avant de mourir et 1/3 aurait apprécié que quelqu'un soit avec eux en attendant avant le décès. La plupart des parents ont eu l'opportunité de porter leur enfant après le décès. Seulement 1/4 étaient conscients qu'ils pouvaient laver le corps, amener les frères et</p>	<p>La littérature a beaucoup approfondi les réponses émotionnelles de la famille lors d'un décès brutale d'un enfant, mais peu d'études se sont concentrées sur comment la famille voit la prise en charge qu'ils ont eu et comment les professionnels ont travaillé avec leurs besoins. Finlay et Dallimore (1991) ont suggéré dans leur étude de 150 parents endeuillés, qu'il y avait un besoin sérieux de réviser la formation des professionnels, particulièrement dans leur approche pour informer le décès. Les parents devraient avoir plus de temps pour passer avec leur enfant décédé avec moins de restrictions liées au corps.</p> <p>La petite taille de l'échantillon peut être attribuée principalement à un «blocage professionnel» et parce que les comités d'éthique n'ont pas tous donner leur approbation. Certains ont estimé que les parents pourraient se demander pourquoi certaines installations ne leur ont pas été offertes. Dans d'autre cas, des pédiatres ont fait valoir que d'autres effectuaient des recherches similaires, mais après une enquête plus approfondie il a été vu que ce n'était pas le cas. Comme plusieurs mois s'étaient écoulés depuis la proposition initiale, il était trop tard pour entrer dans une autre proposition. Dans 2 autres districts, bien que l'approbation éthique a été accordée, les pédiatres du district ne voulaient pas divulguer des informations sur les enfants qui étaient morts et le nom et l'adresses des médecins généralistes.</p> <p>En raison des exclusions (et l'inclusion de l'étude pilote), l'étude a été menée dans seulement 11 des 15 districts. Le nombre de familles a été donc</p>

		<p>conditions éthiques. Pour les autres, ils ont refusé soit parce que les pédiatres ne voulaient pas donner les informations, soit c'étaient les parents.</p> <p>Tous les comités éthiques, sauf un, ont voulu qu'ils contactent le médecin généraliste pour la permission de contacter les parents endeuillés.</p> <p>Pour maintenir la confidentialité, les répondants étaient seulement identifiés par leur région, district, et par le type de questionnaire.</p> <p>Aucuns noms de la personne ni de l'institution, ni de dates n'étaient demandés.</p> <p><u>Critères d'inclusion</u> - Familles chez qui un enfant de 1</p>	<p>l'équipe du département social, les médias, les bénévoles et les membres de l'équipe de la première intervention de soin.</p> <p><b>Auprès des professionnels et des bénévoles</b></p> <p>L'option d'envoyer un questionnaire au médecin généraliste et aux bénévoles impliqués a été considéré mais cela a été rejeté car il manquait du temps pour faire suite.</p> <p>Un échantillon randomisé, aléatoire rendant moins menaçant et donnant une meilleure image sur ce qu'on a pu ou on pourrait offrir dans chaque district.</p>	<p>sœurs pour voir l'enfant décédé, et accompagner le corps jusqu'à la morgue. A moins de la 1/2 des parents, il a été donné une photographie et seulement un petit nombre ont reçu les empreintes des pieds et digitales ou une boucle de cheveux.</p> <p>Rétrospectivement, les parents auraient apprécié ces souvenirs.</p> <p>Moins de la 1/2 des parents ont reçu un numéro de téléphone d'une aide ou un contact pour un groupe de soutien. Beaucoup auraient attaché une grande valeur à avoir des prospectus sur le deuil, particulièrement sur la façon d'aider les frères et sœurs endeuillés, des explications sur l'autopsie et comment inscrire le décès.</p> <p>Les parents devaient également évaluer la prise en charge des médecins, des médecins légistes, des médias, des bénévoles, des services de première urgence. Par exemple, la plupart des parents étaient satisfaits de la prise en charge de la police, des ambulanciers et de la brigade du feu.</p> <p>- l'autopsie : La plupart des examens (74 %) ont été faits dans les deux jours suite aux décès. La plupart des parents ont compris les conclusions et ont pu poser des questions, mais presque la 1/2 n'ont pas compris les réponses à leurs questions. Ceux, dont les enfants en bas âge sont décédés de la mort subite du nourrisson, ont été affligés qu'il n'y ait pas d'explication médicale. Ces parents n'étaient pas conscients que le don d'organe n'était pas possible et ne comprenaient pas pourquoi cela n'avait pas été demandé.</p> <p>- le soutien aux parents : Plus de la 1/2 n'ont pas reçu de nouvelles de l'hôpital pour parler avec le pédiatre au sujet du décès. Chez ceux qui ont reçu ce soutien, 88% ont trouvé que c'était aidant. Seulement 13% ont reçu un soutien formel de leur médecin généraliste et 12% des bénévoles. Tous ont trouvé cela aidant. Seulement 36% ont eu un contact avec des groupes de soutien, 18% ont apprécié. Environ 90% ont ressenti que leur partenaire leur apportait un soutien émotionnel, mais 55% disent qu'ils ont éprouvé de la tension dans leur relation avec leur partenaire. Le 2/3 des parents se sont tournés vers d'autres parents endeuillés. Moins de 10% n'avait aucun soutien.</p> <p>- les frères et sœurs : sur les 42 familles concernées, 33 avaient d'autres enfants, 68 au total. Sur les 50 enfants âgés de 2 ans ou plus, les 3/4 des familles ont dit qu'ils avaient remarqué des changements de comportements, le retrait étant le plus courant</p>	<p>considérablement réduit. Il se peut que des comités d'éthique ont été protecteurs envers les familles de manière inappropriée et ont nié la possibilité des familles d'exprimer leurs préoccupations et les moyens d'amélioration. De même, les médecins généralistes qui ont refusé le contact avec les familles ont pu le faire pour de nombreuses raisons non liées au fait de savoir si la famille souhaitait compléter le questionnaire ou non. Implicitement, les comités d'éthique et le personnel médical se sentaient menacés par l'étude.</p> <p>Bien que le nombre d'enfants décédés subitement (m=9 enfants par an par district) soit faible, le nombre de personnes touchées par la mort ne l'est pas. Au niveau national, autour de 2000 familles sont touchées chaque année; environ 4000 parents, 8000 grands-parents possible, et un nombre inconnu de la fratrie.</p> <p>Les conclusions de l'étude de Finlay et Dallimore ont été en partie confirmées dans cette présente étude, dans le sens que la plupart des parents ont été satisfaits des services d'urgence dans l'ensemble. Certains parents ont ressenti que la police aurait pu gérer la situation avec plus de sensibilité. Cependant, des éloges universels ont été pour les professionnels de la santé sur la manière dont les parents ont été informés de la mort. En outre, cette étude est d'accord avec l'étude de Finlay et Dallimore sur le fait que les parents veulent passer plus de temps avec leur enfant mort et souhaiteraient plus de choix, par exemple d'accompagner leur enfant à la morgue, de laver leur enfant, et de montrer l'enfant à ses frères et sœurs. Les parents aimeraient aussi plus de souvenirs tels que les empreintes des mains et des pieds, des mèches de cheveux.</p> <p>Les perceptions des parents des changements du comportement chez leurs enfants restant est une question préoccupante. Très peu de parents ont reçu</p>
--	--	---	---	--	---

		<p>semaine à 12 ans est mort brutalement et de manière inattendue d'un accident ou de maladie de début mai 1991 à fin mai 1993.</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> - Famille dont les enfants sont décédés d'une blessure non-accidentelle, qui ont été assassinés, qui se sont suicidés, ou qui sont morts d'une maladie chronique menaçant la vie ou les familles parties à l'étranger après le décès de l'enfant.</p>	<p>Pour chaque district, un questionnaire a été envoyé à 20 bénévoles et 20 généralistes sélectionnés aléatoirement. Dans chaque district, un pédiatre local a été interrogé pour soutenir le projet en donnant des informations locales et soutenir l'étude. Seulement un pédiatre a refusé.</p>	<p>(39%). D'autres familles ont également énumérés : problèmes pour dormir, pleurer, faire semblant d'être un bébé, vouloir beaucoup d'attention et prise de poids excessive. Seulement 27% de ces familles avaient reçu des conseils de santé professionnels sur les besoins de deuil des frères et sœurs. Deux enfants ont bénéficié d'un soutien professionnel. 2/3 des parents estimaient que les professionnels de la santé auraient pu être plus utiles dans la prise en charge des frères et sœurs en deuil. Beaucoup de parents ont insisté sur la nécessité pour les professionnels de faire des visites à domicile et d'avoir régulièrement contact.</p> <p><b>Analyse des réponses des professionnels de la santé et des bénévoles</b> Parmi les 598 établissements ou personnes contactées, le taux de réponse global était de 74%. Sur les 36 services d'urgence contactés, 89% ont répondu, 13 des 15 services des urgences ont répondu et 14 des 15 aumôniers des hôpitaux ont répondu. Parmi les 240 médecins généralistes contactés, 69% ont répondu de même que 78% des 240 bénévoles. La réponse la plus basse était des organismes bénévoles, 63% des 48 organismes bénévoles ont répondu.</p> <p>La plupart des personnes contactées dans les différents services avaient une expérience d'au moins un cas au cours des deux dernières années.</p> <p>Analyse des questionnaires du personnel du service des urgences : Plus des deux tiers (n = 13) avaient une politique pour la prise en charge des familles quand un bébé meurt, et moins de la moitié de la mort d'un enfant plus âgé. Plus de la 1/2 ont reçu une formation et plus des 2/3 souhaiteraient plus. Ce qu'ils ont offert aux parents est en correspondance avec ce que les parents ont déclaré, en termes de d'installations, de services, et de choix disponibles.</p> <p>Ce qui ressort des questionnaires des médecins généralistes, des bénévoles, des médecins légistes, des aumôniers, etc. c'est qu'il y a un manque de formation et un manque de politique de suivi, de protocole.</p>	<p>une aide professionnelle. Il y a plus de 30 ans, Cain <i>et al.</i> avait commenté : « une approche complète de prévention thérapeutique aux frères et sœurs de l'enfant mort, intégrée à l'aide aux parents en deuil, reste à être soigneusement définies ». Il semblerait que peu de choses ont changé. Il est évident que tous les groupes de professionnels mettent plus de valeur à la formation et à l'information.</p> <p>Rares sont les politiques spécifiques pour fournir des lignes directrices pour l'accompagnement du deuil. Beaucoup se sentent inadéquats pour prendre soin de ces familles, en particuliers les frères et sœurs en deuil.</p> <p><u>Conclusions</u> Des améliorations pourraient être faites dans le domaines suivants: -(1) Plus de choix devraient être disponibles pour les parents dans les hôpitaux. -(2) Un système d'identification des familles endeuillées devrait être établi dans chaque district de santé pour veiller à ce qu'un soutien soit offert directement par un pédiatre formé ou, de préférence par le médecin généraliste des parents. Les visites à domicile sont considérées par les familles comme particulièrement précieuses, et compte tenu de la taille relativement petite du nombre de ces décès dans chaque district, il serait tout à fait approprié pour un pédiatre d'offrir une visite à domicile de préférence avec le médecin généraliste et/ou bénévoles. -(3) Un suivi plus structuré du deuil devrait être offert aux parents par les bénévoles et les médecins généralistes. -(4) Plus de formation devrait être accessible à tous ceux qui sont impliqués avec la famille.</p>
--	--	--	---	--	--

Points forts et points faibles

Etude très bien structurée méthodologiquement. Grand échantillonnage. Cette étude se penche sur les proches mais aussi sur tous les professionnels impliqués. Donne une vision globale du réseau. Donne peu d'interventions infirmières. Les auteurs de l'article font une bonne critique, l'approbation éthique est bien développée. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont clairement nommés.

Référence	Buts	Population/ Echantillon	Méthode	Résultats	Discussion / Conclusion
<p><b>8.</b></p> <p>Saines, J. (1997). <b>Phenomenon of sudden death : part I &amp; II.</b> <i>Accident an Emergency Nursing</i>, 5, 164-171 et 205-209.</p>	<p>→ Approfondir la connaissance et comprendre le point de vue des infirmières.</p>	<p>N = 6 infirmières</p> <p><u>Setting</u> Service des urgences d'un grand hôpital dans le Sud-Est de l'Angleterre, Royaume-Uni.</p> <p>- Les participants sont des collègues.</p> <p>- infirmiers qualifiés avec un large éventail d'expérience</p> <p>- âge variait entre 23 et 50 ans</p> <p>- 5 femmes, 1 homme</p>	<p><u>Collecte des données</u> Entrevue phénoménologique</p> <p>Au départ, l'auteur définit le domaine d'intérêts pour l'entretien par des questions ouvertes soigneusement encadrées, mais après la personne restait libre de répondre ce qu'elle voulait. Aucun guide d'entrevue formelle a été préparé à l'avance.</p> <p>L'auteur a tenu à mettre en place un mode conversationnel souple, confortable mais dans un cadre cohérent. Cette cohérence a été réalisée par la formalité de fixer une date, un lieu et en soulignant le contexte de la recherche.</p> <p>Tous les interviews ont été réalisés à domicile pour créer un climat de sécurité, de confiance et de détente. Comme Morse &amp; Field (1996) résumant, « l'utilisation structurée d'interviews interactifs, permet aux participants de raconter leurs histoires; le rôle du</p>	<p>Les essences de l'expérience de mort subite en soins infirmiers ont été exprimées dans les 19 groupes de sens pertinents extraits des transcriptions des six entretiens. Ces groupes ont été regroupés en quatre thèmes : "rencontrer", "face à face", "traiter avec" et "réfléchir sur". Ces quatre thèmes forment un processus en quatre étapes cycliques décrivant l'expérience totale des infirmiers des urgences.</p> <p><b>Rencontrer</b> est caractérisé par trois éléments: soudaineté, inacceptable, individualité. L'individualité et la diversité des cas avec leur famille a été soulignée par un certain nombre de participants.</p> <p>Le thème de la rencontre avec la mort subite est succinctement résumées dans l'extrait suivant: « Aux urgences, nous ne connaissons pas ces gens qui viennent tout juste d'arriver, c'est encore plus effrayant, c'est plus effrayant quand vous allez vers l'inconnu. »</p> <p><b>Face à face</b> est défini en 3 éléments majeurs : lié à soi-même, la réalité physique et la réalité émotionnelle. La mort subite représente le défi ultime à notre mortalité. « Jeune homme</p>	<p><u>Discussion</u></p> <p>Cette étude à petite échelle offre une vue sur l'expérience de la mort soudaine vécue par des infirmiers. Le processus d'analyse a été, pour l'auteur, émotionnellement émouvant à cause de la confiance mutuelle, montrée par la profondeur et la couleur des expériences des interviewés.</p> <p>En utilisant une approche phénoménologique, cette étude reconnaît que les infirmières ont une expérience unique de la mort subite. Cependant, des facteurs similaires ont contribué à une expérience récidivé à maintes reprises au cours des entrevues. Ces similitudes ont été regroupées dans les quatre thèmes chronologiques de la rencontre, du face à face, du traitement et de la réflexion.</p> <p><b>Rencontrer.</b> Pour les infirmières dans leur vie professionnelle, comme Bond &amp; Bond (1994) l'indiquent, les rencontres personnelles avec la mort ne peut être évitées de la même manière que beaucoup de gens dans la société le font. En outre, ces rencontres sont compliquées par l'imprévisible et la diversité du travail des urgences (Robinson &amp; O'Connell, 1995). L'impact sur les infirmières d'une mort soudaine d'un l'enfant est souvent au-delà de la mesure (Greenberg <i>et al.</i>, 1993). En outre Saunders &amp; Valente (1994) suggèrent que les rencontres avec la mort laissent une impression durable.</p> <p><b>Face à face.</b> Les infirmières des urgences ont rarement l'occasion d'avoir une influence positive sur la qualité de décès de leurs patients. Cet aspect apporte une contribution significative à la détresse devant la mort . L'horreur physique de la mort subite a été décrite par les infirmières dans l'étude. L'intensité de ces descriptions vives pourrait être due au double rôle de l'auteur comme un chercheur/infirmière. Les participants ont reconnu qu'il existe des éléments de leur travail dont ils ne seraient pas sentis discuter librement en dehors de leur profession. Les conclusions données soulignent la turbulence émotionnelle de faire face à la mort subite.</p> <p>Un consensus a été trouvé parmi les participants à l'étude quant à la difficulté émotionnelle de faire face à la transition rapide qui se produit lors d'un décès, lorsque le focus change du contrôle médical au soins et à la responsabilité infirmiers. Worden (1991) suggère que la mort peut toucher nos vies personnelles de trois façons : à éveiller la perte précédente, à sensibiliser et à craindre des pertes, et à remettre en question notre propre mortalité. Nous sommes confrontés à la la réalité que notre travail ne confère aucune protection spéciale contre la mort.</p> <p><b>Traiter avec.</b> L'infirmière n'a pas le bénéfice d'établir un rapport préalable avec</p>

		<p>L'auteur s'est basé sur différents auteurs pour élaborer l'échantillon et sur la phénoménologie : Hycner (1985), Morse (1991), Hutchinson &amp; Webb (1991), Kuzel (1992).</p>	<p>chercheur est d'écouter. » Sur un plan pratique, un magnétophone micro a été utilisé. Hycner (1985) soulève la questions du point de vue rétrospectif, et le problèmes dans l'utilisation du langage pour verbaliser l'expérience non-verbale.</p> <p><u>L'analyse des données</u> La tâche d'analyse des données a été particulièrement difficile pour l'auteur comme chercheur qualitatif. Polit &amp; Hungler (1993) suggèrent qu'il existe pas de règles systématiques, universellement acceptées pour analyser et présenter des données qualitatives. L'auteur a choisi d'utiliser le cadre recommandé par Hycner (1985) avec d'autres suggestions de Morse &amp; Field (1996). Hycner présente sa méthode comme une tentative de sensibiliser le chercheur à la question qui doit être abordé dans l'analyse des données phénoménologiques, plutôt que d'un « livre de</p>	<p>d'environ mon âge est décédé.» Les expériences peuvent sensibiliser les pertes antérieures ou les pertes à craindre. « J'avais un frère du même âge qui est mort, il m'était difficile d'accepter. » La réalité physique est le drame physique de la mort subite : « L'odeur était horrible!» La réalité émotionnelle est le bouleversement émotionnel devant la mort subite. « Son visage est resté dans mon esprit pendant des jours. »</p> <p><b>Traiter avec:</b> Faire face à des situations de mort subite a été particulièrement difficile pour les infirmières. Elles ont testé les limites de leur professionnalisme et le travail émotionnel en autorisant les personnes en deuil à revenir à la réalité contre les réactions imprévisibles de réponses au deuil. Les infirmières ont décrit leur expérience de la réanimation : les procédures et en particulier la pratique permettant les parents d'être présents. En revanche, il y avait des réserves. « Cela me dérange que les gens vont simplement se souvenir de ce sentiment dans la salle de réanimation comme derniers souvenirs de leur être cher. » Faire face à une mort subite</p>	<p>la famille (Walters &amp; Tupin, 1991). Dans l'ensemble, les résultats de l'étude révèlent la difficulté de traiter avec ce groupe en raison de la nécessité de procéder à une évaluation rapide et sensible de leur besoins, sans connaissance préalable de la dynamique familiale. Le défi de la responsabilisation contre l'intense poids de leur crise émotionnelle peut représenter le test ultime de professionnalisme de l'infirmière.</p> <p>L'expérience de soutenir les parents par le biais de la procédure de réanimation produit des réactions ambivalentes chez les infirmiers de cette étude. Ces résultats soutiennent la littérature qui est disponible sur ce sujet (Wright, 1996). Chalk (1995) souligne que chaque situation est différente et la présence à la réanimation ne peut pas être une option pour chaque famille.</p> <p>Bates <i>et al</i> (1993) définit les habiletés psychosociales nécessaires. Elles couvrent les domaines de l'émotionnel, du spirituel de l'intellectuel, interpersonnel, social, culturel et les dimensions économiques de l'expérience humaine. Les infirmières ont parlé de leur sentiment d'inadéquation pour répondre à ces défis, ce qui confirment les résultats de Wright (1996). Mars (1995) suggère que la difficulté centrale de la prise en charge des familles semble être le fort sentiment d'être tout à fait incapable d'aider. Mais comme Wright (1989) rappelle aux infirmières, que si elles se sentent inefficaces ou impuissantes, il ne faut pas avoir peur de retomber sur ses propres compétences personnelles, sa propre humanité.</p> <p>Les réactions de deuil sont individuelles, intenses, diverses et de grande envergure. Beaucoup de ces réactions de deuil ont été identifiées dans les expériences des participants de l'étude.</p> <p>Les conclusions révèlent un fort instinct de protection chez les infirmières de promouvoir les droits des victimes. Saunders &amp; Valente (1994) mettent en évidence la frustration ressentie par les infirmières lorsque leur plaidoyer est contesté par d'autres professionnels. Tous les participants à l'étude ont vivement exprimé leur difficulté à faire face à la responsabilité personnelle du travail émotionnelle</p> <p>Hockey (1993) décrit avec éloquence l'assaut des forces intérieures qui, malgré une croyance en la valeur thérapeutique des expressions émotionnelles, peut être considéré comme représentant une menace pour la compétence professionnelle. La perte du contrôle émotionnelle dans un cadre professionnel et public peut être problématique, car ce contrôle, une fois perdue, ne peut pas être récupéré facilement. Toutefois, Dyer (1993) suggère que la clé est la compassion « si vous vous souciez et montrer que vous vous souciez, alors vous aurez presque certainement aider les personnes en deuil de manière</p>
--	--	---	---	---	--

		<p>recettes » des procédures. Immédiatement après chaque entrevue les données ont été transcrites dans les verbatim de la bande (magnéto). Toute communication non-verbale notée par l'enquêteur a été ajoutée à la transcription. La technique de mise en parenthèse a été utilisée pour réduire la subjectivité du chercheur. Dans un effort supplémentaire pour réduire au minimum la subjectivité personnelle, un autre chercheur a été utilisé pour le reste du processus analytique. Le co-chercheur ne fait pas parti du milieu des soins infirmiers. Initialement, chaque entrevue a été lue par deux chercheurs pour établir un sens ensemble. Les entretiens ont ensuite été examinés séparément par les chercheurs. Chaque sens donné par les chercheurs constitue une référence significative pour le phénomène de la mort</p>	<p>demande au personnel infirmier de faire la recherche et l'examen de son professionnalisme et de ses compétences. Si cela s'est déroulé avec succès, le résultat produit est l'épanouissement personnel. Les infirmières ont de la difficulté à faire face aux éventails des réactions intenses, uniques des personnes endeuillées. Les infirmières se protégeaient intrinsèquement et promouvaient les droits du défunt et des personnes endeuillées. « Je pense toujours que je suis l'avocate du patient et je sentais que je lui devais un peu d'intimité. » Impliquer d'autres professionnels peut conduire à des résultats positifs ou négatifs. « Je lui ai demandé (le médecin) pour d'annonce à la famille le décès. Nous sommes allés ensemble et il a été brillant. » Comme les infirmières soutiennent émotionnellement et ont de l'empathie avec les proches endeuillés, leur professionnalisme et leur sang-froid ont été contestés au plus haut degré. Il y avait un besoin des mécanismes individuelles de <i>coping</i>. « <i>je vais me mettre sur pilote automatique.</i> » Les infirmières ont besoin d'un</p>	<p>appropriée.» L'analyse des données révèle un désir d'aider les personnes en deuil à retrouver un contrôle sur leur vie. Dans une telle atmosphère émotionnelle, les infirmières de l'étude se sont trouvées elles-mêmes en conflit avec la direction, les collègues et d'autres professionnels de santé. Saunders &amp; Valente (1994) suggèrent que les conflits de valeurs peuvent apparaître lorsque la mort semble inutilement difficile, quand les souhaits sont négligés et quand le personnel est en désaccord sur les soins. Les résultats montrent un niveau élevé d'engagement en faveur de la famille dans leur lutte pour récupérer leur équilibre émotionnel face à leur perte. <b>En réfléchissant sur.</b> Les participants à l'étude ont révélé un haut niveau de perception d'analyse lors de la réflexion sur leur expérience face au phénomène de mort subite. Ganner (1996) indique que la réflexion est une aptitude qui peut être utilisée et perfectionnée par les infirmières pour étayer leur pratique. La réflexion est le processus, affirme Laight (1995). Bulman (1994) suggère que, si la réflexion peut être douloureuse, une telle exploration des émotions est cathartique pour le praticien. Les résultats des données démontrent l'utilisation de ces trois fonctions. Les infirmières de l'étude reconnaissent l'intensité des émotions que la mort subite peut provoquer chez elles-mêmes. Elles expriment le besoin de libération de ces émotions à travers un processus d'abréaction. Une conclusion importante à partir des données a été le facteur temps nécessaire pour la récupération émotionnelle avant que les infirmières soient en mesure de rencontrer à nouveau une situation de mort brutale. L'incapacité à rétablir un équilibre émotionnelle peut conduire à une détresse grave et même à un burnout pour l'infirmière. Cette conséquence est soulignée par Saunders &amp; Valente (1994) qui affirment que la surcharge se produit après un décès significatif ou plusieurs décès, lorsque les infirmières n'ont pas eu le temps de réfléchir la dessus ou de régler leurs propres réponses. Le soutien à l'infirmière est une composante essentielle pour faire face aux conséquences émotionnelles. Les résultats des études démontrent le caractère varié d'un tel soutien et les exigences distinctes pour chaque individu. Mars (1995) déclare que toutes les infirmières qui travaillent dans un domaine dans lequel la mort survient régulièrement devraient avoir accès à un système de soutien. Le débriefing après la crise permet également de réduire le niveau d'anxiété de l'infirmière, et fournit une occasion d'apprendre de l'expérience (Hoffenberg Buck 1994). Chaque infirmier dans l'étude a souligné l'importance d'une conclusion satisfaisante et significative de leur participation à chaque épisode de mort</p>
--	--	--	--	--

		<p>subite au sein d'un service d'urgence. Ils ont ensuite essayé de regrouper les phénomènes en thèmes pour former une structure chronologique.</p> <p><u>Validité</u>          Le formulaires de consentement éclairé détaillant le domaine et les objectifs de l'étude ont été envoyés à l'avance. Les considérations éthiques sont une partie importante de tout projet de recherche. Le consentement formel du projet de recherche a été obtenue à partir d'un comité d'éthique local. L'auteur était toujours conscient de la nature sensible du domaine étudié. Un conseiller spécialiste en deuil était disponible après chaque entrevue pour fournir un soutien d'appoint si nécessaire. Toutefois, les participants de l'étude ont reconnu que l'expérience de l'entrevue était utile.</p>	<p>compréhension large et pertinente sur les questions culturelles, religieuses, juridiques et de genre. Bien que les infirmières consacraient le temps nécessaire pour être avec les proches en deuil, elles ont été constamment en alerte aux exigences contradictoires de la charge de travail imprévisible des urgences. Les forces affectives très fortes autour de la mort subite ont presque fatalement amené les infirmières par moment au milieu de conflits.</p> <p><b>En réfléchissant sur :</b>          Toutes les personnes interrogées ont souligné la nécessité d'un soutien à faire face aux conséquences immédiates d'une situation de mort subite (parler à une collègue, son mari, etc.). Le soutien n'est cependant pas toujours disponible à la maison. Le soutien au travail devraient être disponibles de façon informelle ou formelle. « Nous avons tous été très choqués. Nous avons ensuite tous eu une bonne séance de debriefing, puis nous avons tous été en mesure de continuer à travailler. » Les participants à l'étude ont eu besoin d'un temps nécessaire pour avoir une réflexion avant de rencontrer une autre mort</p>	<p>brutale. Ils ont reconnu les avantages mutuelles qui peuvent être obtenus par la réalisation de cette conclusion. Ces constatations corroborent avec la proposition d' Anderson et al (1991) d'utiliser un programme de suivi de deuil qui encourage l'achèvement du processus de deuil pour les familles et la satisfaction pour le personnel infirmier. Les mêmes conclusions ont été établis à partir d'un étude réalisée par Ewins et Bryant (1992). Les infirmiers de cette étude ont accredité de l'importance à un savoir expérientiel dans l'amélioration de leur vie professionnelle et dans la pratique dans des situations de mort subite. Ce processus peut être augmenté par la mise à disposition de formation. Tye (1993) commente que, en l'absence de programmes de formation , de nombreuses infirmières des urgences apprennent par le biais d'une exposition répétée à la mort subite. Ainsi, les mauvaises compétences peuvent devenir rigides et difficiles à désapprendre. Les infirmières avaient trois objectifs: l'expression des émotions, une conclusion significative, et comment construire des connaissances de base. Afin d'atteindre leurs objectifs, les infirmières ont reconnu l'importance de la réflexion alliée à une formation adéquate dans un environnement favorable.</p> <p><u>Impact pour la pratiques</u>          Les expériences des infirmières sous le thème de <b>réflexion</b> ont révélé la valeur de la réflexion liée à une formation adéquate dans un environnement favorable et sécuritaire. L'implication principale pour la pratique est la nécessité de fournir et de maintenir une «culture de la prise en charge» dans les services d'urgences, où les infirmières sont encouragées à développer leur pratique professionnelle dans un cadre ouvert et une atmosphère non menaçante. Palmer (1994) observe que le souci de l'efficacité et le coût au sein des services de santé laissent souvent peu de temps pour une infirmière ou un groupe d'infirmières à réfléchir sur leur pratique clinique. Toutefois, Poole (1995) indique que la réflexion est une composante essentielle de l'auto-évaluation ce qui est crucial à la fois pour le développement personnel et professionnel. Un soutien formel de suivi pour les proches endeuillés ne fournirait pas seulement une conclusion nécessaire à chaque décès mais pourrait aussi produire une impulsion structurée au processus de réflexion. Les résultats de l'étude mettent en évidence le besoin pour le personnel d'être autorisé à exprimer ses émotions après chaque évènement avant de <b>rencontrer</b> un autre décès. Le service des urgences devrait offrir des possibilités de séances de debriefing formelles ou informelles après un décès brutal. Il faudrait accordée de la</p>
--	--	---	---	--

				<p>subite. Mais les demandes imprévisibles des urgences peuvent contrarier la mise à disposition de temps de réflexion.</p> <p>Il était important pour le personnel soignant d'avoir l'opportunité de conclure ces situations afin d'atteindre une satisfaction personnelle et professionnelle. Les avantages d'un système de suivi formel ont été reconnus.</p> <p>Afin d'améliorer leurs compétences, les infirmières ont conscience de la valeur de la construction de leurs expériences professionnelles et personnelles complétée par une formation pertinente et ciblée.</p>	<p>considération à la formation des équipes pour des groupes de soutien pour encourager la discussion ouverte des sentiments du personnels (Bolton &amp; Roberts, 1994).</p> <p>Un enseignement efficace de la mort aidera les infirmières au travers des étapes de la rencontre, du <b>face à face</b> avec le phénomène de mort subite aux urgences. Afin d'améliorer la conscience de soi et les compétences interpersonnelles, Slater (1988) et Wright (1996) recommandent des ateliers où les soignants passent en revue des situations antérieures de deuil pour gagner dans le processus d'auto-exploration et de partage des connaissances.</p> <p>L'expérience récente de l'auteur pour développer des groupes de travail formés dans le domaine pour les collègues des urgences appuie fortement ce point de vue.</p> <p>Pour aider les infirmières dans cette tâche délicate et immense, Adamowski <i>et al</i> (1993) recommandent une stratégie d'intervention cohérente soutenue par la formation pour faciliter l'anxiété et assurer une compréhension des besoins et des attentes des proches. Le département des urgences doit fournir un protocole défini; un ensemble d'installations d'activités qui aident les travailleurs de la santé à répondre de manière cohérente dans un domaine complexe de la pratique clinique.</p> <p>La formation devrait être complétée par la fourniture de livres de références au sein du service.</p> <p>L'auteur reconnaît que la limite de l'échelle de cette étude fait que les résultats ne peuvent être généralisés. Toutefois, en raison de son implantation, l'auteur estime que les conclusions et les recommandations sont d'application générale dans la spécialité des urgences. En outre, en raison que la mort est universelle dans le milieu hospitalier, la compréhension de ce phénomène généré par le processus en quatre étapes cycliques et ses thèmes associés pourrait être transférable à d'autres spécialités des soins infirmiers.</p>
--	--	--	--	--	--

Points forts et points faibles

Ne répond pas précisément à la question de recherche. N'évalue pas les interventions mais l'expérience des infirmières et ses difficultés. Donne des pistes très intéressantes sur les recommandations pour la pratique soignante, les difficultés des infirmières, etc.

Répond aux critères méthodologiques.

Analyse des données avec une approche qualitative phénoménologique. Cadre de référence clairement explicité. Petite échelle de population, peu généralisable. Difficultés de l'auteur clairement précisées ainsi que les limites de l'étude.

Bibliographie intéressante et étoffée.

Référence	Buts	Population/ Echantillon	Méthode	Résultats	Discussion, conclusion
<p><b>9.</b></p> <p>Flam, R. (1998). <b>Aider les proches des patients inopinément aux urgences d'un hôpital universitaire bruxellois.</b> <i>Bulletin d'Education du Patient</i>, 17, 113-117.</p>	<p>→ Mettre en évidence les conditions idéales d'accueil des proches d'un patient décédé inopinément dans un service d'urgence (la qualité de cet accueil, de l'accompagnement et de l'information donnée.)</p> <p>→ pistes d'actions éducatives avec ces soignants en vue de l'amélioration de la prise en charge.</p>	<p>N= 52 soignants</p> <p><u>Setting</u> Service d'urgence d'un hôpital universitaire bruxellois. Au total, l'enquête a permis de sonder 92 personnes, 7% (38/41) du staff infirmier et 51, 9% (14/27) du staff médical.</p>	<p><b>Une revue de la littérature</b> concernant le déroulement de la prise en charge aux urgences a été menée; celle-ci a servi de référence pour l'évaluation des résultats et de base à la réflexion sur l'amélioration de la pratique des soins.</p> <p><b>Une enquête par questionnaire</b> semi-ouvert a été effectuée entre octobre et décembre 1996. Le questionnaire comportait 89 questions reprenant les quatre rubriques suivantes :</p> <p><b>1.</b> identification des</p>	<p><u>Résultat de la revue de la littérature</u> Résumé des principales sources abordant le déroulement idéal de la prise en charge suite à un décès aux urgences. Dès leur arrivée, les proches sont conduits vers une <b>pièce privée et calme</b>, dénuée de toute technicité, où des rafraîchissements sont disponibles, et située à l'écart du va et vient des urgences (Mian, 1987; Walters &amp; Tupin, 1991; Eldrich &amp; Kubler-Ross, 1992; Adamowsky <i>et al.</i>, 1993). L'<b>annonce de la mauvaise nouvelle</b> se prépare en expliquant l'état critique du patient (Adamowsky <i>et al.</i>, 1993) et en relevant une anamnèse familiale (Mian, 1987). La famille est tenue régulièrement au courant des tentatives de réanimation (Dubin &amp; Sarnoff, 1986; Hamilton, 1988; Walters &amp; Tupin, 1991; Eldrich &amp; Kubler-Ross, 1992; Schmidt <i>et al.</i>, 1992; Adamowski <i>et al.</i>, 1993). Lorsque le patient est décédé, le médecin qui a fait la réanimation a le devoir d'annoncer la mauvaise nouvelle à la famille le plus rapidement possible, de façon empathique, et en prenant tout son temps (Hamilton, 1988; Walters &amp; Tupin, 1991; Eldrich &amp; Kubler-Ross, 1992; Schmidt <i>et al.</i>, 1992). Il peut être assisté par une assistante sociale, une autre personne concernée, une infirmière ou un représentant du culte. Concernant l'annonce même, la nécessité d'une communication non ambiguë et non-médicale est fortement accentuée ! (Dubin &amp; Sarnoff, 1986; Walters &amp; Tupin, 1991; Schmidt <i>et al.</i>, 1992). Les mots-clés tels que «mort» et «décédé» ne doivent pas être évités. Au contraire, ils doivent être répétés plusieurs fois afin que la famille puisse réaliser le décès (Hamilton, 1988; Korth, 1988; Jezierski, 1989; Walters &amp; Tupin, 1991; Schmidt <i>et al.</i>, 1992; Adamowski <i>et al.</i>, 1993). En plus, il faut préciser explicitement que tout a été tenté pour sauver le patient (Dubin &amp; Sarnoff, 1986; Hamilton, 1988; Korth, 1988; Walters &amp; Tupin, 1991; Eldrich &amp; Kubler-Ross, 1992; Schmidt <i>et al.</i>, 1992; Adamowski <i>et al.</i>, 1993). En aucun cas, les membres de l'équipe soignante s'excusent pour ne pas avoir pu sauver le patient ! (Walters &amp; Tupin, 1991). En ce qui concerne le <b>départ de l'hôpital</b>, les proches sont avisés du moment approprié de quitter les urgences et ils sont raccompagnés jusqu'à la sortie (Dubin &amp; Sarnoff, 1986; Walters &amp; Tupin, 1991; Adamowski <i>et al.</i>, 1993). Un <b>dépliant</b> spécialement conçu pour le décès inopiné (services légaux, de support financier ou autre, ...) ou une <b>carte de condoléances</b> de la part de l'équipe soignante, ainsi que les <b>noms</b> du médecin responsable et de l'infirmière des urgences peuvent être remis (Adamowski <i>et al.</i>, 1993). Enfin, la plupart des auteurs préconisent la nécessité d'un <b>suivi</b> de la part des soignants concernés pour soutenir les proches dans leur travail de deuil (Mian, 1987; Hamilton,</p>	<p>Outre les résultats présentés, l'enquête a permis de dégager une image globale du fonctionnement de l'équipe lors d'un tel événement. La gestion de la crise est généralement satisfaisante, à l'exception toutefois de quelques aspects essentiels : l'usage insuffisant du cabinet médical, une trop faible implication de l'infirmière sociale comme intermédiaire entre soignants et proches et l'usage trop peu systématique du «débriefing» comme outil de «coping» pour les soignants (notamment en cas de décès pédiatrique).</p> <p><u>Actions en cours d'implantation</u></p> <p>- Dégager certains besoins qui pourraient contribuer à améliorer la prise en charge:</p> <p><b>1. Séminaire sur la prise en charge «idéale» basée sur la littérature</b> Le questionnaire relève les principaux items du déroulement d'une prise en charge idéale. Le fait de discuter de ces résultats et de les confronter au «protocole idéal» synthétisé à partir de la littérature a permis de conscientiser les soignants sur des points qu'ils trouvaient jusqu'ici normaux, ou qui faisaient partie d'une routine de travail, mais qui constituent des besoins réels dans la gestion de la crise (ex. la nécessité</p>

			<p>répondants;  <b>2.</b> représentation par les soignants des décès  <b>3.</b> description du déroulement des habitudes des soignants. un cas où ils considèrent que l'accueil a été «optimal» (cas 1) et un autre cas où ils estiment que l'accueil n'a pas été optimal (cas 2);  <b>4.</b> évaluation personnelle de ces cas.</p> <p><b>Entretiens de groupe.</b>  Groupe 1) 9 infirmières et 3 médecins  Groupe 2) 10 infirmières) afin de susciter des réactions par rapport aux résultats de</p>	<p>1988; Korth, 1988; Yates <i>et al.</i>, 1990; Adamowski <i>et al.</i>, 1993; Weinberg <i>et al.</i>, 1994). Ceci peut se faire par lettre ou en téléphonant régulièrement (ceci diverge selon les différentes sources) aux proches.</p> <p><u>Résultats de l'enquête</u>  Ne sont présentés ici que les résultats qui ont été approfondis lors de l'interview de groupe et qui ont mené à des actions.  En ce qui concerne le vécu des décès, les réponses obtenues dans l'enquête ont permis de constater que les décès pédiatriques engendrent une charge émotionnelle plus importante chez les soignants que les décès d'adultes, et ceci indépendamment de l'âge, de l'expérience des soignants ou du nombre de leurs enfants.  Par rapport à l'information donnée aux proches, pendant les tentatives de réanimation, les proches ne sont pas systématiquement tenus au courant. La famille ne reçoit pas d'informations du tout dans 32 cas sur un total de 92 cas recueillis (35%).  Par ailleurs, concernant les termes utilisés pour annonce du décès, dans seulement 50% (26/52) des cas considérés par les soignants comme «optimaux», une attention spécifique au langage a été rapportée. Ceci semble être complètement négligé dans les cas évalués comme non-optimaux. Les soignants sont donc conscients de l'importance de cet élément.  Parmi les explicitations de ce que signifie un langage approprié, les soignants relèvent principalement le fait que le langage soit clair et pas trop chargé de termes médicaux (11/26, 42, 3%). En deuxième lieu, «des mots doux et sereins» sont évoqués (8/26, 30, 7%). Il est préconisé cependant l'utilisation explicite, à plusieurs reprises, du mot «mort» ou «décédé». Par contre, des médecins ont répondu que le mot «mort» ne se prononce pas lors de l'annonce. Cette constatation montre clairement des divergences entre professionnels par rapport aux consignes prônées dans la littérature. Cet aspect sera discuté dans l'interview de groupe.  Concernant la fin du séjour aux urgences, les proches reçoivent, dans la majorité des cas, une information à propos des dispositions pratiques et administratives à prendre (63%, 58/92). Il s'agit surtout d'informations concernant les pompes funèbres. Cependant, les soignants ne mentionnent pas le fait de remettre leurs noms aux proches afin d'être une personne ressource pour les familles.</p> <p><u>Résultats des entretiens de groupe</u>  C'est à partir des réponses au questionnaire, et plus particulièrement celle concernant l'information des proches et l'annonce du décès, que les discussions ont eu lieu.  Les soignants qui ont pris en charge le patient sont les mieux placés pour annoncer la mauvaise nouvelle aux proches. Cependant, du point de vue de l'organisation du travail et de la gestion du temps, une infirmière de référence pourrait être utile pour</p>	<p>d'augmenter le confort du cabinet médical pour y accueillir les familles,...). Par ailleurs, la méthodologie de la concertation en groupe peut très bien être élargie vers d'autres types de crises rencontrés aux urgences et requérant la mise sur pied de «protocoles».</p> <p><b>2. Réalisation d'un dépliant informatif</b>  Un dépliant informatif est en cours d'élaboration par tous les membres de l'équipe. Il répond au besoin des soignants de vouloir informer de la façon la plus optimale possible les proches lors de leur départ des urgences. Il comporte trois volets :  - l'expression des condoléances du service des urgences et de la direction de l'hôpital;  - des informations pratiques : numéros de téléphone pour pouvoir joindre des services proposant une «assistance spirituelle et morale», la morgue, le secrétariat des urgences pour toute information (ex. modalités d'assurance, récupération d'effets personnels);  - un emplacement prévu pour mentionner les noms des soignants (infirmière, médecin) qui se sont le plus occupés des familles, et que les proches ont la possibilité de recontacter si nécessaire.</p> <p><b>3. Organisation d'une session informative sur «l'annonce d'une mauvaise nouvelle»</b>  Ce besoin a été mentionné pendant</p>
--	--	--	--	--	---

			<p>l'enquête et de voir quelles actions pouvaient être menées afin d'améliorer la gestion d'un décès par les soignants et l'optimalisation de la prise en charge des proches. A partir de la confrontation entre un outil théorique qu'est la littérature et une pratique de soins, certains besoins ont pu émerger.</p> <p>assister le médecin et soutenir les proches. Pourquoi ne pas faire appel à une infirmière sociale ?</p> <p>En ce qui concerne une annonce de qualité, les groupes proposent les consignes générales suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Moment de l'annonce : le plus rapidement possible après l'incident critique.</li> <li>- Langage utilisé : annoncer d'emblée en explicitant les circonstances du décès par la suite, le mot «décédé» semble plus approprié que le mot «mort» (trop choquant); respecter les sentiments des personnes en adoptant un langage humain adapté aux capacités intellectuelles des interlocuteurs; rassurer la famille en disant «on a tout tenté».</li> <li>- Attitudes à adopter : accorder suffisamment de place à l'écoute active des proches ; laisser la place aux proches pour exprimer leurs sentiments en essayant de reformuler ce qu'ils ont voulu dire.</li> </ul> <p>Est-ce que le langage de l'annonce est différent selon qu'il s'agit d'un enfant ou d'un adulte ? Les groupes estiment que lorsque le décès touche un enfant, on aura tendance à utiliser le prénom de l'enfant, tandis que lorsqu'il s'agit d'un adulte, on utilisera plus facilement les mots «il» ou «elle». Ceci est, selon eux, à mettre en relation avec le vécu plus intense du décès pédiatrique par rapport au décès d'adulte.</p> <p>Les participants précisent bien qu'ils n'ont pas bénéficié, dans leur formation de médecin ou d'infirmière, de cours concernant «l'annonce d'un décès». Ils trouvent qu'une session d'informations par un psychologue pourrait permettre l'amélioration de la prise en charge des familles.</p> <p>Enfin, les soignants ressentent bien qu'il n'est pas adéquat de laisser les proches à leur triste sort après l'annonce du décès. Les urgences ont à assumer une tâche de «première prise en charge» après l'annonce sans pouvoir pour autant assumer un suivi à plus long terme (tâche qui incombe au médecin traitant).</p> <p>A partir de la discussion à propos de la prise en charge des proches à la sortie des urgences, nous avons dégagé les souhaits suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la possibilité de remettre une carte de visite ou un dépliant aux proches avec, outre des informations pratiques (modalités funéraires), la mention des noms et des numéros de téléphone du médecin, de l'infirmière ou de toute autre personne ressource;</li> <li>- la possibilité d'accompagner la famille à la morgue par un membre de l'équipe ayant pris la famille en charge et, le cas échéant, pouvoir faire appel à des volontaires appelables;</li> <li>- le «débriefing» par le médecin d'une infirmière sociale qui assurerait le rôle de personne de référence à qui les familles peuvent téléphoner.</li> </ul>	<p>les entretiens de groupe. La formation proposée sera assurée par une psychologue qui prévoira, entre autres, des jeux de rôles avec les soignants. Ces sessions vont également aborder l'annonce d'un diagnostic non-favorable (pour les médecins) et préciseront à nouveau le rôle d'assistance des infirmières auprès du médecin. En plus, les participants ont exprimé le souhait d'aborder aussi le thème de «la préparation à la mauvaise nouvelle» tel que le fait d'informer les proches à propos des tentatives de réanimation.</p> <p><b>4. Réaménagement du cabinet médical</b></p> <p>Le cabinet médical qui peut être utilisé comme lieu isolé pour écarter les proches du va-et-vient des urgences est, en ce moment, peu confortable. Il est prévu de l'aménager de façon plus conviviale et confortable (plantes, fauteuils, boissons,...).</p> <p><u>Conclusion</u></p> <p>Les actions présentées dans ce travail sont axées, d'une part sur l'optimalisation de la prise en charge des proches par le biais de l'amélioration de l'information qui leur est fournie et, d'autre part, sur la formation continue des soignants.</p>
--	--	--	--	--

Points forts et points faibles

Etude répondant aux critères méthodologiques. Bonne revue de littérature.

Référence	Buts	Population/ Echantillon	Méthode	Résultats	Discussion / Conclusion
<p><b>10.</b></p> <p>LeBrocq, P., Charles, A., Chan, T. &amp; Buchanan, M. (2003). <b>Establishing a bereavement program : caring for bereaved families and staff in the emergency department.</b> <i>Accident and Emergency Nursing, 11</i>, 85-90.</p>	<p>→ Répondre au personnel exprimant des sentiments de frustration et d'inéquation quand ils sont impliqués dans la prise en charge d'une personne endeuillée.</p>	<p>N= 127 proches</p> <p>2 hôpitaux métropolitains majeurs de Melbourne : « Monash Médical Centre » et le « Dandenong Hospital »</p>	<p><b>1. Revue de littérature</b></p> <p>Une vaste revue de littérature a révélé beaucoup d'évidences pour soutenir le développement de directives pour un tel programme, identifiant ce qui est important pour des familles endeuillées (Dubin &amp; Sarnoff, 1986), que faire et dire, exploiter les valeurs de la famille (Prigerson &amp; Jacobs, 2001) et l'importance de se soucier de soi-mêmes et de ses pairs (Hott 2002, Michael &amp; Jenkins, 2001).</p> <p><b>2. Formation du personnel</b></p> <p>Il est devenu évident qu'en améliorant les prestations de prise en charge de la famille, cela exigeait un enseignement spécifique pour le personnel et leur permettre de se concentrer sur leur propre réponse au deuil. (Hall 2001) Des ressources éducatives (CD ROM,...) ont été mis à disposition.</p> <p>L'enseignement s'est concentré sur le développement de connaissances liées à :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Etape du deuil</li> <li>2. Processus de deuil</li> <li>3. Prise en charge des familles (informations, implication, support, commodités privées,</li> </ol>	<p>Les expériences dans les services d'urgences ont suggéré que deux étapes distinctes soient exigées pour améliorer les soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• supporter le décès chez la famille et le personnel.</li> <li>• formulaire de suivi de la famille et du personnel</li> </ul> <p>La première lettre a été envoyée aux familles de 96 % (127/132) des patients qui sont morts dans les services des urgences depuis la fin décembre 2001. Il y avait dans 3.8% des cas (5/132) pas de parents proches. Le taux de contact présumé avec la première lettre était de 97 % et de 98.5 % avec la deuxième lettre, indiquée par le taux de retour à l'expéditeur. Il y avait 11 % (n=14) de réponses des familles après les 127 premières lettres envoyées et les appels téléphoniques par le personnel. La réponse des familles aux 76 lettres envoyées était jusqu'à présent 10.8 % (n=7).</p> <p>Ils demandaient généralement de l'aide et dans la majorité de cas, incluaient une expression de gratitude. Dans chaque cas, le suivi psychologique et/ou la référence des membres de la famille résultaient. Dans trois cas, les dispositions ont été faites par les familles pour obtenir des informations cliniques liées à la mort. Depuis la mise en œuvre du programme, l'intérêt était généralement très positif avec la preuve anecdotique verbale et écrite reçue de familles et le personnel.</p> <p><b>Donner suite à la méthodologie - la famille :</b></p> <p>Le personnel impliqué avec la famille devait faire le suivi téléphonique mais les difficultés ont surgies, liées aux choix du moment de l'appel et aux métiers des familles. Pour cette raison la majorité du personnel a demandé une assistance auxiliaire pour les appels. L'assistant social de liaison a continué l'essai du téléphone. Le feedback a identifié des limitations considérables à cette méthodologie. En plus d'un taux de contact insatisfaisant de seulement 50%, les appels ont été trouvés comme trop envahissants par les familles, évoquant des émotions qui étaient souvent inopportunes, avec</p>	<p><u>Discussion</u></p> <p>Durant l'étape du questionnaire <i>photo instantanée</i>, le personnel a l'occasion de fournir des remarques et faire des suggestions. Tandis que les suggestions étaient centrées sur le besoin d'une expansion plus grande de l'enseignement, les commentaires étaient en grande majorité positifs et soutenaient le programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il y a des changements positifs dans le service des urgences, depuis que le programme a été présenté. Par exemple, le personnel parle plus entre eux après un décès, se regarde plus les uns les autres, fait beaucoup plus attention aux familles plus tôt.</li> <li>• Sont conscients des besoins des familles et de leurs sentiments et utilisent une approche plus personnelle.</li> <li>• Donnent suite aux besoins des familles mais ils ne peuvent souvent pas le faire seul.</li> <li>• Le programme fournit de la reconnaissance, des connaissances et des habiletés pour assister les familles.</li> <li>• Se sentent plus à l'aise. Parlent plus facilement avec les familles qui semblent d'ailleurs apprécier.</li> <li>• Ont reçu des idées de <i> coping </i>, des contacts pour plus de conseils et comment traiter avec ces situations, ce qui a augmenté leur confiance.</li> <li>• Le programme démontre la conscience et l'empathie tant pour le personnel, les familles, que pour les amis.</li> </ul>

			<p>respect des différences, flexibilité, voir les occasions, assurance, donner suite)</p> <p>4. Prise en charge du personnel (reconnaissance des réactions, désamorçage par un compte rendu, support des pairs, besoin de la confidentialité) (le Hall 2001).</p> <p><b>3. Un questionnaire « photo instantané »</b> a été effectué en avril 2002, qui avait pour but de déterminer la conscience et la perception du programme de perte parmi le personnel du service des urgences, plus de 3 jours à chaque site, cinq mois après son lancement officiel.</p> <p><u>Validité</u> Il était essentiel d'obtenir l'apport d'expert parti prenant. Un comité de planification pluridisciplinaire a été formé, comprenant le personnel du département, la direction, l'équipe pluridisciplinaire impliquée. Collectivement, leur expérience, leur contribution et leur support ont aidé au développement des directives basées sur des preuves.</p>	<p>le potentiel supplémentaire de créer un embarras tant à la famille qu'à l'interlocuteur.</p> <p>Les questions de ressource ont été créées par des longs appels téléphoniques occasionnels.</p> <p>Une méthodologie alternative a été testée et acceptée, avec les lettres de condoléances et des offres d'aide de l'assistance sociale ou de l'aumônerie, envoyée, de deux semaines à quatre mois après la mort. Ces périodes ont été identifiées comme particulièrement difficile dans le processus de deuil (Hall 2001).</p> <p>Cette méthodologie est conçue pour autoriser les familles à chercher l'aide et choisir la nature de cette aide quand elles le veulent. Il fournit la satisfaction que le contact sera fait avec la grande majorité de familles et une méthode pour des familles d'obtenir des informations cliniques après qu'elles aient quitté le service des urgences.</p> <p><u>Evaluation</u> Il est demandé au personnel de compléter un formulaire complet d'évaluation après chaque décès dans le service. C'est conçu pour rassembler les données qualitatives et quantitatives du temps passé par la famille dans le service. Des données supplémentaires sont rassemblées par la critique du personnel et les feedbacks de la famille de leur expérience dans ce service des urgences. Les lettres reçues et la mise à disposition d'aide sont en réponse à une demande du personnel ou de la famille. Il y a eu taux bas des réponses par lettre. Mais chaque lettre envoyée a le potentiel de faire une différence. Cet aspect ne peut pas être mesuré dans la majorité de cas, le groupe de planification croit que le taux de réponse bas indique que le soin et l'assistance fourni aux familles dans le service des urgences et les informations données ont été efficaces.</p>	<p>Plusieurs des commentaires reçus des familles (pendant qu'il était dans le service, par téléphone ou via les départements auxiliaires) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sont reconnaissantes envers le personnel pour la prise en charge qu'elles ont reçu pendant qu'elles étaient dans le service. Sont particulièrement conscientes de la préoccupation du personnel après la réception de la lettre de condoléances.</li> <li>• Ont été touchées par la lettre reçue et ont ressenti un haut niveau de satisfaction du personnel.</li> <li>• Font l'éloge du personnel</li> </ul> <p><u>Conclusion</u> Les feedbacks du personnel et de la famille ont confirmé le succès du programme dans l'amélioration de la prise en charge livrée aux familles endeuillées et l'implication du personnel. Cela a eu lieu à cause de la conscience et de l'application des besoins des familles et du personnel au travers de l'éducation au deuil et par un système efficace et simple du suivi des familles et du personnel. Le programme a été développé en réponse à un besoin exprimé par le personnel pour faire plus et ne pas être de simple « technicien ». Il voulait être aussi des guérisseurs et des consolateurs à la personne entière et à sa famille (Hott 2002).</p>
<p><u>Points forts et points faibles</u> Etude possédant quelques manques au niveau méthodologique notamment au niveau de la clarté des titres et sous-titres. De plus, le devis n'est pas clairement explicité. Evalue un programme auprès des infirmières ainsi que ses impacts sur les proches plutôt que les interventions elles-mêmes. Donne néanmoins de bonnes pistes d'actions et les difficultés rencontrées par les soignants et les proches.</p>					

Référence	Buts	Population/ Echantillon	Méthode	Résultats	Discussion / Conclusion
<p><b>11.</b></p> <p>Décaillet, F. (2003). <b>Etre infirmier aux soins intensifs ou comment faire face à la mort.</b> <i>InfoKara</i>, 18, 173-176.</p>	<p>→ Pallier aux manques concernant le rôle infirmier dans l'accompagnement des proches endeuillés aux soins intensifs.</p>	<p>Proches de personnes décédées dans le service de soins intensifs</p> <p>En Valais</p>	<p>Définition de quelques éléments théoriques.</p> <p>Entretien semi-dirigé.</p>	<p>Cette enquête a permis à l'auteur de faire des propositions à la direction de son hôpital :</p> <p><u>Une fiche de soins</u> « Cette fiche récapitule les différents aspects dont il faut tenir compte pour la présentation du corps d'un défunt. Ces conseils, non exhaustifs, proviennent de la partie théorique du travail, de l'expérience de professionnels compétents en la matière et des besoins des proches. Une annexe contient l'explicatif de plusieurs rituels religieux dans la préparation d'un corps, du catholicisme au bouddhisme. Grâce à cette fiche, l'infirmière devient à l'aise avec ce soin et peut valoriser une partie de son travail qui reste tabou. De plus, il y a une démarche plutôt symbolique dans la création de cette fiche qui amène certains soignants à reconnaître que leur travail ne s'arrête pas à la mort du patient. Enfin, la page récapitulante les rituels religieux peut éviter que les soignants effectuent des soins contraires à certaines croyances et qui peuvent aboutir à des dommages irréversibles. »</p> <p><u>La création d'un prospectus à l'intention des parents</u> « Souvent, les parents sont empruntés lorsqu'ils doivent accompagner un enfant endeuillé. Ils semblent ne pas savoir ce qu'ils doivent dire, leur laisser voir ou leur laisser faire. La création d'un prospectus à l'intention des parents répond à ce besoin d'informations sur les probables réactions d'un enfant en fonction de son étape de développement. Il est à rédiger à partir de notions théoriques reconnues, avec l'aide de personnes spécialisées et compétentes dans ce domaine. Ce prospectus est destiné à guider les parents et à favoriser le lien avec leur enfant. »</p> <p><u>Les groupes de parole pour personnes endeuillées</u> « Des groupes de parole existent. Des personnes vivant un deuil se réunissent et sont encadrées par un(e) psychologue. Il s'agit d'une structure indépendante et reconnue, dont les séances peuvent être remboursées par les assurances maladie. L'information se fait à l'aide de dépliants existants. Le but final étant de travailler sous la forme d'un partenariat. Néanmoins, cela demande à l'hôpital de reconnaître les compétences et les qualités d'autres structures de soins. »</p> <p><u>Un debriefing post-réanimation</u> « Le service accueille des réanimations de personnes de tout âge, venant aussi de l'extérieur de l'hôpital. Il arrive que l'issue soit fatale. Après avoir dépensé beaucoup d'énergie dans la réanimation, l'infirmière doit accompagner les proches endeuillés.</p>	<p><b>Quelques suggestions pour la présentation du corps défunt</b> Voici quelques conseils qui pourraient figurer dans un protocole de soins d'établissement. Ces propositions ne sont évidemment pas exhaustives.</p> <p><b>Toilette mortuaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• n'est pas obligatoire. Elle a peut-être été faite quelques heures auparavant</li> <li>• s'effectue si la famille le demande.</li> </ul> <p>Proposer aux proches de la faire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• veiller à ce que la coiffure corresponde aux habitudes du défunt</li> <li>• le rasage se fait à la lame: c'est plus soigné</li> <li>• les soins du visage se font selon les désirs de la famille</li> <li>• mettre les prothèses dentaires avant la rigidité cadavérique</li> <li>• thanatopraxie selon désir des proches.</li> </ul> <p><b>La présentation du corps</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• habiller le patient avant la rigidité cadavérique</li> <li>• mettre tous les habits donnés par la famille, même ceux qui paraissent superflus</li> <li>• utiliser la mentonnière pour éviter que le menton ne tombe</li> <li>• recouvrir la mentonnière avec la chemise ou un foulard</li> <li>• mettre le dossier de lit entre 30 et 45 degrés; le patient est ainsi plus accueillant</li> <li>• mettre le drap jusqu'à la taille. Trop haut, peut donner l'impression de cacher quelque chose</li> <li>• les mains sont croisées. Non jointes (peut</li> </ul>

			<p>Parfois leurs réactions dépassent ses compétences. Dans ces situations, le soignant devrait pouvoir bénéficier d'aide. Des psychiatres de liaison sont parfois disponibles, à des heures bien précises. Il existe aussi des groupes formés au débriefing en cas de catastrophe dans la région, disponibles 24 heures sur 24.</p> <p>Ils disposent d'une formation spécifique et de l'expérience. C'est un organisme indépendant, sans coût pour les proches endeuillés ni pour l'hôpital. Le suivi des proches peut se poursuivre après le débriefing, si la personne référente le juge nécessaire. »</p> <p><u>L'aménagement de la morgue</u></p> <p>« Au début de ce travail, la morgue n'avait visiblement pas été réaménagée depuis très longtemps. A la fin de celui-ci, l'une des deux pièces a été repeinte. Bel effort ! Cependant, l'hôpital peut faire mieux, notamment au niveau de l'aménagement de cette pièce. L'aménager convenablement, c'est respecter les patients, leurs proches et la mort. En travaillant dans une perspective de qualité jusqu'au bout, l'hôpital doit se soucier d'eux jusqu'à la fin. La morgue, appelée ailleurs chapelle des anges, mérite une place de choix différente du sous-sol. Certains professionnels y ont réfléchi et ne demandent qu'à divulguer de précieux conseils. L'argument économique n'en est pas un, compte tenu du sur-amortissement de cette pièce. Investir de l'argent dans une morgue demande à l'hôpital de changer de mentalité car c'est à lui de donner un droit à la mort. »</p> <p><u>Offrir des temps de parole</u></p> <p>« Un jour, un des psychiatres de liaison avait donné un cours sur la crise, dans le cadre de la formation en soins intensifs. Spontanément, il proposa d'organiser des temps de parole pour les soignants, voyant que ceux-ci n'avaient pas suffisamment la possibilité de s'exprimer sur des événements tout de même traumatiques. Cette proposition a été rejetée, ce qui montre combien les soignants ont de la peine à reconnaître la pénibilité de leur travail. Cette démarche de qualité met aussi en évidence combien les soignants s'appliquent à créer des protocoles reconnus par des organismes extérieurs et qu'ils ont de la peine à mettre en place des projets simples à leur profit. Ces projets demandent peut-être une plus grande remise en question et offre une moins bonne reconnaissance de la part des employeurs. »</p>	<p>donner une impression symbolique de prière)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mains jointes, si la famille le souhaite.</li> </ul> <p>Joindre les mains, haut vers le thorax, surélever les coudes en abaissant les mains</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ne mettre une fleur (ou objet) sur le corps qu'à la demande de la famille</li> <li>• laisser du temps à la famille.</li> </ul> <p><b>Autres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• clarifier quels papiers l'établissement demande aux proches</li> <li>• remplir les formulaires administratifs de l'établissement.</li> </ul>
<p><u>Points forts et points faibles</u></p> <p>Pas vraiment une étude scientifique, l'auteur ne rapporte pas les résultats mais seulement les propositions faites à partir de ces résultats. Cette étude a été prise car c'est la seule trouvée faite en Suisse. Elle ne concerne non plus pas les urgences mais les soins intensifs.</p> <p>Etude très peu référencée.</p>				

Référence	Buts	Population/ Echantillon	Méthode	Résultats	Discussion / Conclusion
<p><b>12.</b></p> <p>Wisten, A. &amp; Zingmark, K. (2007). <b>Supportive needs of parents confronted with sudden cardiac death – a qualitative study.</b> <i>Resuscitation</i>, 74, 68-74.</p>	<p>→ Elucider le soutien perçu et les besoins des proches en deuil confronté avec une mort cardiaque soudaine (SDC)</p>	<p>N = 28 parents</p> <p>Les parents des 20 personnes décédées ont été invités à participer à l'étude. Les critères de sélection étaient les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les 128 interrogés de l'ancienne étude de Wisten et Messner (2005) concernant une cohorte de SCD de jeunes âgés de 15-35 ans de 1992 à 1999 dont 132 hommes et 49 femmes.</li> <li>• représentation similaire à la fois en milieu urbain et rural de la Suède.</li> <li>• relation entre les sexes</li> </ul>	<p><u>Collecte des données</u></p> <p>Les participants ont été contactés par un appel téléphonique et une lettre. Les entretiens ont eu lieu à domicile et ont duré 1,5 à 3 h. Des questions ont été posées au sujet de l'expérience des parents sur le soutien et l'information dans les situations aigus, immédiatement et à long terme. Ils ont été interrogés sur leurs besoins et sur leurs pensées concernant l'aide idéal. Une approche narrative a été utilisée et ils ont encouragé les parents à partager leurs</p>	<p>28 parents des 20 personnes décédées ont participé à l'étude. Les entretiens ont été conduits en 2004-2005 avec deux parents (n = 9) ou un parent (n = 11). Un participant a eu deux entretiens en raison de la perte de deux enfants. Les entretiens ont eu lieu 5-12 ans après la perte (moyenne de 8 ans).</p> <p>14 ont été directement confrontés avec la mort subite, 6 ont été témoins de l'apparition soudaine du décès et ont dû commencer à réanimer et cela a été poursuivi à l'hôpital, 8 ont retrouvé leur enfant mort à la maison. 13 personnes ont été averties par téléphone du décès de leur enfant, 2 ont été informées par une visite personnelle. 19 ont eu un contact avec le service d'urgence.</p> <p>La perte inattendue a été exprimée en termes de « catastrophe personnelle », « impossible à saisir » et « surréaliste », Un participant a dit : « Il faut survivre parce que vous le devez, pour le reste de la famille ». Les participants ont utilisé des expressions comme « être dans une bulle », « comme un zombie », « comme une coquille vide » quand ils ont parlé de la première période après la mort subite. Ils ont décrit le choc, la colère, l'amertume, le désespoir et le chagrin. Dans la première phase, ils ont souligné l'importance de ne pas être laissé seuls. On se souvenait clairement du comportement et de l'atmosphère, par exemple, « le personnel des urgences a été fantastique. Ils ne m'ont pas quitté », ou « ils voulaient se débarrasser de nous ». Une réflexion commune des endeuillés a été le besoin de la même routine pour le soutien dans le cas de décès. Les endeuillés demandent que quelqu'un prenne en charge le contrôle de la situation.</p> <p>Dix participants ont été plus ou moins satisfaits de la prise en charge aux urgences, tandis que neuf ont été déçus. Les critiques générales ont souligné le manque d'information, de responsabilité et de sensibilité. Certains parents ont décrit les soignants qui n'ayant pas agi avec force et confiance. La citation suivante illustre un cas dans lequel l'endeuillé a été totalement satisfait de la prise en charge dans le service. « Au début, je me croyais folle et j'ai frappé</p>	<p>Malgré plusieurs études sur la situation des proches endeuillés tragiquement, c'est, la première enquête sur une base nationale des besoins des parents confrontés à un deuil SCD. Selon Davies (1992), « la mort inattendue des jeunes est pénible, mais si la mort est expliquée, la famille peut être en mesure de commencer le processus d'adaptation psychologique ». Cette étude a confirmé cette interprétation comme un besoin majeur de l'endeuillés. Ils ont également constaté que de nombreux parents ont expérimenté un manque général de soutien. Par conséquent, un plan d'action en faveur des endeuillés est décrit.</p> <p>Afin de remédier à la subjectivité de la méthode qualitative, les deux auteurs séparément ont codés le texte qui a été comparé pour assurer une interprétation identique. Le biais impliqué dans une étude rétrospective est applicable à cette investigation. L'intervalle de temps, 5-12 ans après la perte, réduit probablement les souvenirs mais évite aussi le choc aiguë suite à la mort subite. Certains souvenirs étaient encore très vifs. Le caractère unique avec cette étude est qu'elle fait partie d'une approche globale du SCD en Suède arpentant l'ensemble du spectre de l'épidémiologie pour aider les endeuillés sur un niveau national. Conformément aux études précédentes (Merlevede <i>et al.</i>, Dent <i>et al.</i>), cette étude a montré qu'une proportion considérable de proches endeuillés subitement perçoivent un manque de soutien et d'information.</p> <p>Seulement 1/3 des participants à notre étude ont été satisfaits de la prise en charge dans le service d'urgence. Les facteurs positifs étaient les suivants: le soutien émotionnel perçu, le temps donné avec la personne décédée et la reconstitution des circonstances de la mort par une personne qui pouvait répondre à leurs questions. Des résultats similaires ont été</p>

		<p>(73% d'hommes, 27% de femmes).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>répartition selon l'âge chez les défunts, comme dans la cohorte initiale.</li> </ul>	<p>expériences et à prendre autant de temps qu'il leur fallait.</p> <p><u>Analyse des données</u> Les entrevues ont été enregistrées sur bande magnétiques et ont été transcrits in extenso, puis analysés individuellement par chaque auteur en utilisant un procédé d'analyse de contenu qualitatif. Des segments de texte contenant des informations relatives à chaque question ont été codées. Les unités de textes codées ont été comparées, regroupées en catégories selon le sens. Ces</p>	<p>le médecin. Il a été merveilleux. Il m'a dit qu'ils avaient fait tout ce qu'ils pouvaient et qu'ils avaient continué la réanimation aussi longtemps qu'ils avaient pu. Il m'a parlé au moins 1 h. Il a répondu à toutes mes questions. Puis il m'a dit de prendre le temps nécessaires et de s'asseoir avec mon fils et de faire mes adieux. »</p> <p>La plupart des parents ont expérimenté un trop peu de soutien après la phase du début. Des conseil n'ont pas été généralement offerts. Parfois, l'aide a été offerte à un stade précoce, mais pas plus tard, par exemple, « Quelqu'un a appelé un jour après sa mort, mais après plus jamais ». Seuls trois parents ont déclaré qu'ils étaient satisfaits du soutien et de l'information, au début et à long terme, et qu'ils avaient eu le soutien et des conseils aussi longtemps qu'ils ont eu besoin.</p> <p>Les mesures de propres initiatives étaient communes, comme la participation à des groupes ou à des thérapies individuelles. Environ la 1/2 des parents avaient convenu d'un type de soutien et l'ont trouvé réconfortant. Environ 1/3 des parents n'avaient pas eu d'autres appuis que la famille et les amis. Certains pensaient que c'était satisfaisant, mais d'autres décrivent qu'il était difficile de se soutenir mutuellement au sein de la famille: « c'était difficile parce que nous étions tous si tristes ». Etre interviewé de nombreuses années après la perte a été considérée comme positive par l'ensemble des interrogés. Ils estiment que cela les a aidés et pourrait conduire à une meilleure gestion des autres endeuillés à l'avenir.</p> <p>Les parents confrontés à des décès subit cardiaque (SCD) ont exprimé quatre besoins de soutien comme étant particulièrement importants : la preuve, la reconstruction, l'explication et la sensibilité.</p> <p>- Preuve : Des preuves ont été essentielles pour les personnes en deuil à saisir la situation. Etre présent à la réanimation a été perçu de manière positive, par exemple, « Je suis tellement heureux d'avoir été là tout le temps. Je sais qu'ils ont fait tout ce qu'ils pouvaient faire », ou « J'ai vu un aperçu, mais je n'étais pas autorisé à entrer dans la salle ». Beaucoup de participants ont exprimé la nécessité d'une annonce de décès claire et distincte avec l'utilisation de mots sans équivoque : « Il n'a pas dit qu'il était mort, il a dit qu'il</p>	<p>présentés dans une étude qualitative récente par entretiens avec les parents 2 ans après la mort de leur enfant dans une unité de soins intensifs pédiatriques aux Etats-Unis. Le principal besoin spirituel est celui de maintenir la connexion. Les autres besoins spirituels incluait le besoin de vérité, l'accompagnement du deuil et de la dignité. (Meert, Thurston &amp; Briller, 2005).</p> <p>Une attitude affective bienveillante du personnel pédiatrique des soins intensifs avait des bénéfices à court terme et des effets à long terme sur le deuil parental (Meert, Thurston &amp; Thomas, 2001).</p> <p>En accord avec d'autres études, la majorité des parents se sont senti négligées dans la phase précoce après le décès. Les plans de soutien ou les informations de suivi sont rares. Une approche thérapeutique n'est pas courante. Cela se voit dans les études précédentes, quel que soit de l'âge du défunt ou la cause de la mort subite. Dans une étude qualitative rétrospective en Angleterre sur la perception des soins des parents endeuillés après la mort soudaine de leur enfant (âgé de 2 semaines à 10 ans), les 2/3 s'étaient tournés vers d'autres parents en deuil. La plupart estiment que la prise en charge communautaire a été insuffisante, laissant de nombreux sentiment d'isolement. (Dent <i>et al.</i>)</p> <p>L'étude prospective de Merlevede <i>et al.</i> (2004), dans un service d'urgence en Belgique (âge moyen du décédé : 44 ans), a également montré la nécessité d'une meilleure information et d'un suivi du deuil.</p> <p>Pourquoi les sentiments des endeuillés sont négligées? Le manque de temps peut expliquer en partie les lacunes, mais il y a aussi un manque de formation du deuil (Li, Chan &amp; Lee, 2002) et des routines insuffisante en relation avec la mort subite (Fleming <i>et al.</i>, 2004) . Dans de nombreux pays, le professionnel est centré sur la cause de la mort soudaine et le soutien des proches endeuillés n'est généralement pas une</p>
--	--	---	--	--	--

		<p>catégories ont été utilisées pour créer un modèle afin d'illustrer les besoins des endeuillés.</p> <p><u>Considérations éthiques</u> Les participants ont été intervenants dans une étude antérieure de la cohorte suédoise. Et quand ils ont été contactés à nouveau, ils ont tous répondu positivement. Ceci est en accord avec une étude réalisée par Dyregrov (2004) qui a montré que les parents confrontés à un décès subit d'un enfant étaient positifs à la participation à la recherche.</p> <p>Les participants à cette étude ont</p>	<p>y avait rien à faire ». Voir la personne morte est important pour les personnes en deuil pour saisir la situation. Passer du temps avec la personne décédée était également important.</p> <p>- Reconstruction : Il était important pour les parents d'obtenir un tableau de la situation aussi net que possible et réconfortant d'entendre le personnel de l'urgence dire que leur enfant n'avait pas souffert. Il était courant que les participants souhaitent être contactés par quelqu'un qui a été impliqué dans la situation aiguë. Cela a été fait seulement dans peu de cas et souvent par hasard. Un participant a entendu qu'il y avait eu une réunion de débriefing pour le personnel des urgences et aurait aimé être là aussi. En outre, les parents avaient besoin qu'on leur répète les choses pour réagir aux informations.</p> <p>- Explication : Les parents veulent savoir pourquoi la mort tragique avait eu lieu, pour être en mesure de poursuivre leur vie. Tous sauf un a affirmé l'importance d'une explication médicale, par exemple : « il est important de savoir la cause du décès et si les autres enfants étaient en danger ». Les parents avaient été informés que l'autopsie serait effectuée, mais ni pendant combien de temps, ni quand ils auront les résultats. Une majorité se plaignait d'avoir à attendre longtemps pour les résultats de l'autopsie. Ils commentent souvent la lutte qu'ils devaient faire pour obtenir des informations. Les parents se sentent parfois exclus de l'autopsie. Les résultats ont finalement été expliqués par les médecins légistes par téléphone dans la plupart des cas, et dans quelques cas par leur médecin généraliste.</p> <p>- Sensibilité : Une approche sensible du personnel (hôpital, ambulance, police, église) dans la situation aiguë est extrêmement importante. La plupart des parents se souvenaient clairement des détails, et si quelque chose allait mal la déception était encore vivante. La sensibilité sur les besoins individuels dans une situation de décès est nécessaire. Un prêtre a été d'un grand confort pour certains, mais pour d'autres sa vue soudaine dans le service des urgences a provoqué, par exemple, « Quand j'ai vu le prêtre j'ai compris ! Ils n'auraient pas du envoyer un prêtre. »</p> <p>La plupart des participants ont connu une absence de sensibilité sur leurs besoins dans la sous-phase aiguë. Des suggestions d'amélioration ont été, par exemple, d'obtenir de l'aide plus tard s'ils</p>	<p>responsabilité première. (Fleming <i>et al.</i>)</p> <p>Différentes instances sont souvent impliquées (par exemple, les services d'urgence médicale, la police, la médecine légale, l'église), ce qui conduit à une incertitude quant à savoir qui est responsable des personnes en deuil. Il est important que les services d'urgence aient des routines très bien organisées et professionnelles en lien avec la prise en charge des proches. Le personnel des urgences a un effet important sur les endeuillés, et, en outre, le soutien de suivi est essentiellement dépendant des initiatives prises dans la situation aiguë. Nous avons trouvé que beaucoup de besoins de parents en deuil ont été dans la plupart des cas mal assouvis.</p> <p>Bien que les résultats ont des similitudes avec les études précédentes, ce modèle sur les besoins est nouveau. Si les besoins exprimés par la preuve, la reconstruction, l'explication et la sensibilité sont pris en considération dans la situation aiguë, l'accompagnement du deuil sera sans doute amélioré, également dans une perspective à long terme. Sur la base de cette étude, les auteurs proposent un programme de soutien pour être utilisé dans les cas de mort soudaine et inattendue dans ou hors de l'hôpital.</p> <p><b>Les suggestions d'amélioration :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si les tentatives de réanimation sont en cours, la possibilité devrait être offerte aux parents d'être témoins. Un médecin doit par conséquent donner des informations compréhensibles. Après que le décès soit survenu, le médecin doit expliquer la prochaine procédure.</li> <li>• Quelqu'un, par exemple, une infirmière, devrait offrir la possibilité de s'asseoir et de parler. La personne en deuil doit être encouragée à passer du temps avec le défunt, et avoir l'occasion de le faire aussi longtemps qu'elle le souhaite. Le personnel médical devrait demander si elle veut rencontrer un prêtre ou un conseiller. Toutes les parties concernées devraient avoir</li> </ul>
--	--	--	--	--

			<p>donné leur consentement écrit et éclairé, et le comité d'éthique de l'Université d'Umea a approuvé l'étude.</p>	<p>ne le souhaitent pas maintenant, de créer un réseau pour faire suite, ou au moins de donner un certain nombre de numéro de téléphone ou d'appeler après l'enterrement. La sensibilité des amis est essentielle pour les endeuillés. Certains participants ont montré un grand besoin de parler, et comment ils ont été soulagés de trouver quelqu'un qui voulait les entendre.</p> <p>Les parents ont décrit la façon dont l'événement tragique les ont forcé dans un processus complexe pour recréer leur vie. Ce processus était toujours en cours 5-12 ans après le deuil. « il y a la vie avant et la vie après ». Les besoins de preuve, de reconstruction, d'explication et de sensibilité sont importants pour le processus de recréation de sa vie. Il a également été constaté que les besoins de compréhension et d'être compris doivent être encouragés. Les parents ont décrit leurs efforts pour essayer de comprendre la perte soudaine. Ils ont également souligné la nécessité d'un appui et d'une compréhension. Ce fut un soulagement de sentir qu'ils étaient compris. Ce modèle illustre les principaux besoins des endeuillés et montre que les besoins aidants de preuve, de reconstruction, d'explication et de sensibilité sont liés à la base des besoins de compréhension et d'être compris.</p>	<p>une attitude empathique.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nomination d'une personne à contacter, par exemple, un travailleur social ou une infirmière. Un dépliant des informations sur les routines d'autopsie, le numéro de téléphone/nom de personnes de contact et de matériel éducatif sur le processus de deuil doivent être remis ou envoyé aux familles endeuillées. Cela devrait également être fait lorsque le défunt est trouvé mort, et non amené aux services d'urgences.</li> <li>• La personne endeuillée devrait être invitée à une séance de débriefing à l'hôpital une semaine après. Puis il devrait être décidé comment les résultats d'autopsie seront présentés aux familles endeuillées. Le nom et l'adresse de leur médecin de famille devraient être enregistrés, et une intervention de crise devrait être offerte aux familles.</li> <li>• Les résultats de l'autopsie devraient être donnés par un médecin ou une infirmière ayant eu une formation spéciale (en Suède maintenant disponible). Là encore, il y a un débat sur la nécessité d'un soutien continu.</li> <li>• La personne de contact devrait avoir un suivi avec les personnes en deuil après 3-6 mois.</li> <li>• Le personnel des urgences devrait avoir une formation régulière impliquant la mort subite.</li> </ul>
--	--	--	--	---	---

Points forts et points faibles  
Etude récente.  
Répond aux critères méthodologiques.  
Caractéristiques de la population bien développées comprenant les critères d'inclusion et d'exclusion.  
Spécifique sur la mort cardiaque soudaine des enfants et ayant lieu 5-12 ans après le décès.  
Besoins des proches clairement définis.

## Revue de littérature étoffées

Référence	Buts	Méthode	Résultats, discussion, conclusion
<p><b>13.</b></p> <p>McDonald, L., Butterworth, T. &amp; Yates, D. (1995). <b>Grief support in Accident and Emergency nursing : a literature review 1985-1993.</b> <i>Accident and Emergency Nursing</i>, 3, 154-157.</p>	<p>→ Démontrer par la revue de littérature la valeur du soutien des proches dans un service d'urgence et dans la communauté</p> <p>→ Clarifier les recherches majeures effectuées dans ce domaine entre 1985 et 1993.</p>	<p>Durant l'année 1993, une revue de littérature a été conduite, en utilisant une variété de méthodes qui ont impliqué l'examen de quatre bases de données et d'une recherche manuelle rigoureuse.</p> <p>1369 références ont été examinées et sont présentées dans cet article seulement ceux qui traitent du deuil et du soutien émotionnel.</p> <p>- 34 articles dans ce domaine et la plupart concernait les infirmières des urgences</p> <p>- 11 publications (en 1992) dans des journaux de l'Angleterre; 3 aux USA et 1 en Australie.</p>	<p>Back (1991) offre des directives plus complètes (compréhensives) sur l'évaluation et l'intervention avec un interview des parents sur les réponses du deuil et ses manifestations. Back (1991) se réfère au travail de Jones (1978) et suggère que l'expérience des parents peut être séparée dans quatre domaines majeurs d'intervention : arrivée de la famille, annonce du décès, vision du corps et processus de conclusion. Cela semble intuitivement plausible, mais il faudrait bénéficier de recherches pour tester les suppositions sous-jacentes. Il est reconnu qu'il y a beaucoup de considérations morales et éthiques dans l'entreprise d'une recherche dans ce secteur sensible. Cependant, beaucoup de personnes peuvent recevoir du confort en contribuant dans l'espoir de produire un meilleur service.</p> <p>Quatre articles touchent à la pratique que les parents soient présents pendant la réanimation. Une réclamation anonyme d'une sage-femme a été faite pour la participation des parents (Anon 1992). Mathews (1993) se réfère à la recherche et à la Charte du Patient comme un droit des parents d'être dans la salle de réanimation. Doyle <i>et al.</i>(1987) ont mis en doute le sens de la justice d'exclure les parents pendant la réanimation, en USA. Ils ont offert aux membres de la famille la possibilité d'être présente pendant la réanimation de leurs personnes aimées et ont découvert dans leur enquête rétrospective de 70 familles, que plusieurs ont annoncé que cette expérience dans le service des urgences avait aidé dans le processus de deuil. En outre, la présence de parents n'a pas interrompu ou affecté défavorablement les efforts médicaux de la réanimation. Une autre étude aux USA démontre que 76 % de parents trouvent l'adaptation à la mort plus facile en étant présent dans la salle de réanimation pendant que 64 % de parents ont pensé que leur présence avait des bienfaits pour la personne mourante (Hanson &amp; Strawser 1992). Cette étude à petite échelle a été conduite avec un questionnaire envoyé à 47 familles en 1985 et depuis, l'équipe a continué à soutenir des parents pendant la réanimation quand c'est nécessaire. Cette façon de travailler a été soutenue par l'équipe multidisciplinaire malgré des craintes initiales. Le personnel avait pensé que la présence de parents pourrait perturber le soin et rendre difficile pour le personnel à faire face à leur propre chagrin. Ils ont aussi craint des membres de famille l'incrimination et ainsi anticipé le litige possible. Cependant, aucune de leurs craintes n'a été justifiée et Hanson &amp; Strawser (1992) le rapportent : « Nous continuons à trouver cette expérience humaine et réalisable. »</p> <p>Woolsey (1988) décrit la mort subite du nourrisson et l'assistance disponible pour les parents. Finlay &amp; Dallimore (1991) ont conduit une étude de questionnaire rétrospective des parents qui avaient l'expérience de la mort de leur enfant. L'étude a inclus 120 participants volontaires. La valeur donnée par les parents aux professionnels dépendait plus de la sensibilité et du savoir-faire (les compétences sociales) des enquêteurs plutôt que le contact précédent, ou plutôt que la position de l'intervieweur. De façon intéressante, la police a été successivement évaluée comme plus compatissante que les médecins et les infirmières. Finlay et Dallimore (1991) conseillent de revoir la formation continue de la police et des professionnels de la santé et soulignent le besoin de permettre aux parents de passer du temps avec leur enfant mort.</p> <p>La littérature restante se rapporte plus généralement au soutien des parents qui sont soudainement endeuillés. Sept des 14 articles incluent les propres recherches des auteurs (Burgess, 1992) et il y a 2 plus grande recherche plus sophistiquée (Wright, 1988; Cooke <i>et al.</i>, 1992), conçu d'une façon plus scientifique.</p>

	<p>- beaucoup de ces écrits sont sur des expériences personnelles cathartiques.</p> <p>- 6 de ces articles étaient les comptes rendus personnels des propres expériences des infirmières.</p> <p>- 3 articles concernent la mort impliquant des enfants et des bébés.</p>	<p>Deux premières publications ont un intérêt particulier comme ils offrent des suggestions quant aux environnements appropriés, aux attitudes pour les parents, au support pour le personnel, à l'approche d'équipe pour la prise en charge et au rôle de l'infirmière (McGuinness 1986; Yates <i>et al.</i>, 1990). Leur travail était innovateur et a eu pour conséquence un flot d'intérêt dans ce domaine et un développement qui a fait ses preuves dans la littérature récente.</p> <p>Bien qu'il y ait une cohérence dans quelques comportements (actions) utiles comme la mise à disposition d'une pièce séparée pour les parents, Fraser &amp; Atkins (1990) démontrent l'incohérence de ces points de vue avec des personnes interrogées dans ces quelques activités infirmière. Wright (1988) démontre que les parents ont besoin de quelqu'un pour agir en leur nom ou les mettre en contact avec l'aide de professionnel au moment de la mort soudaine. Plusieurs conseillent fortement le besoin de former des professionnels de soin sérieusement (McGuinness 1986; Yates <i>et al.</i>, 1990 ; Ewins &amp; Bryant, 1992) et une étude récente par Cooke <i>et al.</i> (1992) recommande que les urgences passent en revue la formation donnée au personnel.</p> <p><u>Introduire de l'innovation et du changement</u></p> <p>Une étude à petite échelle sur 25 familles a récemment été utilisée pour effectuer des changements dans 4 secteurs principaux (Ewins &amp; Bryant, 1992). Les chercheurs ont utilisé leur témoignage pour dresser des normes (standards) acceptées et ont acquis une pièce(chambre) pour les parents, une pièce séparée pour voir le défunt, des prospectus d'information, des programmes d'apprentissage pour le personnel et un travailleur de liaison pour fournir une prise en charge au moment de la perte et pour la prise en charge post-hospitalière.</p> <p>Il a été suggéré que la prise en charge immédiate des parents est bien alors que la prise en charge post-hospitalière au cours des semaines ultérieures sont souvent pauvres(faibles) en efficacité (Cooke &amp; Cooke 1992). Il semblerait que le support à long terme pour des parents endeuillés est un composant cher de l'équipe de services médicaux. Cependant, comme les urgences deviennent de plus en plus partie intégrante des services médicaux primaires, le financement d'un tel poste pourrait être partagé. La recherche qui démontre clairement la valeur du soutien pour les parents dans la communauté serait un complément utile au corpus des connaissances dans ce domaine.</p> <p>Cf : tableau synthétique des résultats en annexes de l'article</p>
<p><u>Points forts et points faibles</u></p> <p>Revue de littérature qui synthétise les résultats de plusieurs études intéressantes. Il y a d'ailleurs un tableau bien synthétique des recherches. Mais néanmoins, la critique de cet article est qu'elle est peu étoffée en détail et que toutes les recherches ne sont pas dans le tableau.</p> <p>Proposition de perspectives intéressantes.</p> <p>Etude un peu courte.</p>		

Référence	Buts	Résultat, discussion, conclusion
<p><b>14.</b></p> <p>Davies, J. (1997). <b>Grieving after a sudden death : the impact of the initial intervention.</b> <i>Accident and Emergency Nursing</i>, 5, 181-184.</p>	<p>→ Regarder le soutien du services des urgences lors d'une mort subite</p> <p>→ Considérer les besoins spécifiques d'une mort brutale et explorer les réactions et les sentiments initiaux.</p> <p>→ Discuter des interventions qui peuvent être mises en place.</p>	<p>- Les personnes endeuillées quittent toujours le département des urgences avec peu ou pas de support. Beaucoup de départements ont fourni des efforts vigoureux ces derniers 5 ans pour le rectifier, bien que cela ait souvent été fait avec peu de connaissances de base, aucune consultation de recherches scientifiques et sans conseils externes.</p> <p>- Une étude (Parkes 1980), largement citée dans la littérature, a regardé l'effet du soutien psychologique sur le processus de deuil. Cette étude a constaté qu'il y avaient des différences statistiquement significatives sur la santé physique et mental des personnes endeuillées, après la 1<sup>ère</sup> année de perte, parmi ceux qui avaient reçu une certaine forme de soutien psychologique par les professionnels.</p> <p>- Une étude par Raphael (1977) a montré que les gens endeuillés à hauts risques ont éprouvé des problèmes de santé significativement plus mauvais que les personnes en deuil à risques faibles. Cette étude revendique qu'un soutien psychologique réduit les problèmes de santé du groupe à hauts risques au niveau des personnes à risques faibles n'ayant reçu aucun soutien. Une mort brutale présente beaucoup de problèmes pour les proches du défunt qui sont dans le groupe mentionné auparavant par Raphael, le groupe à haut risque. Corless, Germina et Pittman (1994) déclarent qu'il y a des cas accrus de deuils compliqués après une mort traumatisante. Ils déclarent qu'il y a quelques raisons principales de deuils compliqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La soudaineté ou le manque d'anticipation</li> <li>• Un décès impliquant la violence ou la mutilation</li> <li>• Si l'on pense que le décès aurait pu être évité</li> <li>• Si de multiples décès apparaissent</li> <li>• Des rencontres personnelles de près avec la mort</li> <li>• D'autres types de décès peuvent causer des sévères réactions comme le suicide, la perte d'un enfant et la perte d'un jeune époux/se (Hinton, 1972)</li> <li>• Les sentiments contradictoires envers le décédé peuvent aussi causer un deuil compliqué.</li> </ul> <p>Le travail de l'infirmière se souciant pour la personne en deuil dans un service d'urgence aide pour une compréhension des patterns normaux du deuil. Pour la personne en deuil, il semble y avoir 5 étapes par lesquelles elle doit mentalement, physiquement et spirituellement traverser (Kubler-Ross 1970). Beaucoup de personnes ne surmontent jamais leur perte, mais progressent à travers ces étapes jusqu'à ce qu'elles aient atteint un point où elles peuvent faire face avec leur sentiment et résumer le vivant de leur défunt. Selon Bowlby (1981) il faut passer par toutes ces étapes pour que le deuil soit achevé. Ces étapes se chevauchent et sont rarement distincts. Il a été vu dans ce service d'urgences que les étapes étaient présentes en quelques heures.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dénier : est vu immédiatement après avoir appris la mauvaise nouvelle. « Etes-vous sûre ? Je n'y crois pas ! » Le déni est une étape habituellement courte et la personne en deuil va accepter la réalité relativement vite mais peut retourner périodiquement dans cette phase quand la vérité devient trop douloureuse.</li> <li>• Colère et ressentiment : apparaissent couramment après la mort brutale. Cette colère peut être directement tournée contre des personnes : le décédé, l'équipe médicale, l'ambulancier etc. Ces réactions sont difficiles à gérer par l'équipe spécialement quand cette colère est dirigée contre elle. Wright (1991) dit que les infirmiers peuvent faire face à la colère contre eux, mais trouvent plus inappropriés et pénibles la colère dirigée contre le défunt.</li> <li>• Marchandage : « Ne meurt pas Joe, si tu restes en vie je ferai tout pour toi... » Le marchandage se fait beaucoup dans l'esprit, sans être révélé.</li> <li>• Dépression</li> <li>• Acceptation</li> </ul> <p>- La plus commune des réactions et la plus facile pour l'équipe sont les pleurs. C'est vu comme une réaction normale et bénéfique et malgré que quelques hommes soient embarrassés de perdre contrôle, beaucoup de personnes endeuillées n'ont pas de difficultés avec cette réaction et se sentent plus libérées.</p> <p>- La culpabilité est sans aucun doute une issue majeure après une mort soudaine. Les proches peuvent dire « si seulement j'avais appelé le médecin... » On voit souvent cette mort comme une punition pour quelque chose que l'on n'a pas fait. Parfois cela peut être un sentiment irraisonnable, mais le personnel doit être conscient que cette culpabilité peut en effet être appropriée.</p>

- La colère est largement vue après une mort soudaine. Cela peut être effrayant pour les professionnels. Elle peut aboutir à une colère physique quand les dommages sont faits à une propriété ou à une personne. Colère, blâme et culpabilité sont souvent vus ensemble et sont étroitement liés.
- Le repli sur soi-même est décrit par Wright (1991) comme l'émotion la plus difficile à gérer pour les équipes. Ils se sentent vulnérables, incompetents et rejetés.

#### Interventions initiales

- Chaque décès est unique, les personnes réagissent très différemment l'une de l'autre. Il n'y a pas une façon de faire meilleure que l'autre. Il est important de s'entraîner, de s'essayer à annoncer de mauvaises nouvelles.
- Il est débattu que le rôle de l'infirmière est de réanimer le patient, laissant le médecin parler à la famille et ensuite vaquer à d'autres occupations. L'auteur de cet article soutient que même dans un service d'urgences chaotique il y a beaucoup plus qui peut être fait pour les personnes. Cela peut être résumé dans 4 tâches essentielles (vitales) : faire le récit, être présent, voir le corps, faire le suivi.
- Cette étude montre combien ce que l'on dit est important. Si cela est fait dans un endroit public on refuse aux proches du temps, de l'intimité, la libération du chagrin, la démonstration d'affection et la discrétion. Le langage du corps et les mots utilisés démontrent ce que l'on a fait et notre degré de respect envers le défunt. La chose la plus agréable qu'un parent ait dit à l'auteur après la mort de son enfant : « Vous avez fait nous sentir à l'aise, confortable ». Les mots utilisés sont essentiels. L'auteur dit l'importance de dire le mot « mort ». Il donne l'exemple de la confusion et de la détresse causées par un médecin qui avait utilisé le mot « parti ». La répétition est aussi importante. La mort soudaine laisse la personne en deuil avec un grand besoin de savoir, de connaître chaque détail.
- Le plus important dans le fait de parler avec les proches, c'est d'avoir du temps : du temps pour les explications, pour le silence et du temps pour parler de la personne aimée.
- Etre présent est une autre chose importante que les infirmiers doivent faire. Cela prend du temps, et cela demande un engagement par tout le service pour permettre à une personne de prendre ce temps. Cela doit être fait avec la qualité du soin et doit être convenu avec chacun pour que ça marche vraiment. L'endeuillé se sent affligé et abandonné et a un besoin constant d'une présence qui peut lui relater et qui connaît la situation. Quelques infirmières se sentent maladroites et ressentent de la difficulté à être constamment présentes. La formation leur permet d'y faire face et leur enseigne comment faire des pauses tout en aidant les proches et elles-mêmes. Cette présence active aide, non seulement pour enlever ce sentiment d'abandon, d'isolement mais aussi pour donner de l'assurance à l'endeuillée sur la façon de se comporter et ressentir. Cela donne un contrôle sur la situation et en même temps cela donne aux proches la permission d'être eux-mêmes.
- Encourager à voir le corps est une partie essentielle du rôle infirmier. Le déni est une réaction commune après une mort brutale et l'acceptation est plus difficile qu'après un décès anticipé. C'est une chance de voir la personne que l'on aime, souvent pour la dernière fois, de la toucher et de lui dire au revoir. Beaucoup de personnes ont des choses qu'elles souhaitent dire au défunt et leur permettre de voir le corps leur donne cette opportunité. Il ne faut pas seulement leur permettre mais il faut les encourager. Beaucoup de personnes se sentent moins agitées après s'être assises avec leur défunt pendant une heure.
- Une intervention précieuse que l'on peut faire pour les proches et qui a été introduit dans ce service est de faire un téléphone de suivi. Il n'est pas mentionné dans aucune littérature sur la mort brutale mais il est suggéré que quelqu'un de l'équipe infirmière le fasse. Cela implique que la même infirmière qui s'est occupée des proches téléphone dans les jours qui suivent. Cela a abouti à ce que les proches demandent de nouvelles, de résultats de l'autopsie, des objets et de vêtements du défunt, des conseils ou alors offrent leur remerciements. Beaucoup de personnes estiment que les médecins sont trop occupés pour demander des choses insignifiantes et cet appel téléphonique montre notre disponibilité. Beaucoup d'infirmières ont un sentiment de paix et tirent de cet événement des conclusions satisfaisantes, qui les aident à se décharger du stress et de la tristesse. On donne des cartes de condoléances aux proches quand ils partent, et s'ils souhaitent venir et parler plus en profondeur, ils ont cette possibilité.

#### Points forts et points faibles

Etudes donnant de bonnes pistes d'interventions, utilisant des concepts intéressants. Les étapes du deuil et les réactions sont bien décrites. Mais du point de vue de la méthodologie, c'est relativement pauvre : peu d'informations sur les articles retenus, même le devis n'est pas clairement défini.

Référence	Buts	Méthode	Résultats, discussion, conclusion
<p><b>15.</b></p> <p>Olsen, J., Bueneffe, M. &amp; Falco, W. (1998). <b>Death in the Emergency Department.</b> <i>Annals of Emergency Medicine</i>, 31, 758-765.</p>	<p>→ Avoir un protocole d'équipe pour l'annonce d'un décès pour réduire le stress des médecins et améliorer le processus pour les familles.</p>	<p>Analyse de 30 articles scientifiques en lien avec la mort dans un service d'urgence.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une enquête auprès des médecins a révélé que 70% ont trouvé les annonces de décès comme émotionnellement difficile (Schmidt &amp; Tolle, 1990).</li> <li>- Il n'y a souvent pas de relation préexistante entre le médecin et le patient ou sa famille (Walters &amp; Tupin, 1991).</li> <li>- Il règne un stress habituel, une anxiété et des craintes communes à l'ensemble des décès. Comme il est décrit par Buckman, R. (1984), il s'agit notamment de la crainte du médecin d'être blâmé, de la difficulté de traiter avec les émotions des membres survivants de la famille, et même la peur individuelle de la mort.</li> <li>- Les médecins sont considérés, en s'appuyant des chiffres, comme résistants à l'impact émotionnel de la mort (Walters &amp; Tupin, 1991). Si cela était vrai, les médecins ne trouveraient pas la mort très stressante. Rosen et Honigman (1992) ont signalé que le désir d'éviter de traiter avec le décès des patients est l'une des principales causes de désillusion et de changement de carrière au sein du personnel des urgences.</li> <li>- La formation médicale est déficiente en ce qui concerne les annonces de décès. Les étudiants en médecine ont exprimé leurs préoccupations au sujet de l'annonce du décès et comment ils vont faire face aux réactions des proches. Une enquête auprès des médecins a constaté que seul la moitié avait une formation sur le sujet dans les écoles de médecine. Plus de 94% ont ressenti un besoin d'amélioration (Schmidt, Norton &amp; Tolle, 1992). Ces mêmes auteurs ont décrit un programme pour enseigner aux résidents en médecine d'urgence sur comment interagir avec les familles.</li> <li>- Une réponse extrême, le deuil pathologique, impliquant anormalement une douleur intense ou prolongée avec un handicap personnel, peut se produire si les besoins de la famille sont négligés (Walters &amp; Tupin, 1991; Parrish <i>et al.</i>, 1987; Dubin, 1986)</li> <li>- Les réactions d'un deuil normal comprennent les souvenirs récurrents de la personne décédée, des malaises physiques et un sentiment de culpabilité à cause de la responsabilité perçue par la perte. La réaction de deuil initiale dure généralement de 6 à 48 mois, avec une amélioration, ont souligné la plupart des survivants en 6 à 8 semaines (Walters &amp; Tupin, 1991).</li> <li>- Les différences raciales, sociales et culturelles peuvent également contribuer à un manque de confiance.</li> <li>- Parrish <i>et al.</i> (1987) ont interrogé des familles de patients qui étaient décédés aux urgences et ont constaté qu'environ 25% ont trouvé le personnel froid, antipathique, et pas rassurant. Dans une enquête similaire, Finlay et Dallimore (1991) ont constaté que les agents de police étaient considérés comme plus sympathiques que les médecins ou les infirmières.</li> <li>- Le clergé ou le personnel du service social ne sont pas facilement disponibles pour aider les familles. Ces facteurs peuvent rendre les urgences comme un endroit froid et insensible pour mourir (Walters &amp; Tupin, 1991; Parrish <i>et al.</i> 1987; Soreff, 1979).</li> <li>- Informer une famille d'un décès : si la famille n'est pas présente, il faut les contacter par téléphone devraient se produire. Il est préférable de dire à la famille que le patient est gravement malade et leur demander de venir aux urgences avec un compagnon qui peut conduire en toute sécurité. Si la famille ne serait pas arriver à l'hôpital après plusieurs heures ou qu'elles seraient incapables de se présenter elles-mêmes à l'hôpital, il peut être nécessaire d'informer le décès à la famille par téléphone (Rosen &amp; Honigman, 1992).</li> <li>- A l'arrivée de la famille, un membre de l'équipe devrait être disponible pour l'accueillir et l'escorter dans une chambre privée avec téléphone, ce qui permet à la famille de recevoir des mises à jour sur l'état du patient s'il n'est pas encore mort, dans un endroit isolé (Walters &amp; Tupin, 1991; Soreff, 1979; Jones &amp; Buttery, 1981).</li> <li>- Il est de la responsabilité du médecin d'informer la famille du décès. Bien que chaque approche du personnel et que chaque circonstance du décès soient différentes, les lignes directrices figurant ci-dessus peuvent améliorer l'annonce du décès (Walters &amp; Tupin, 1991; Dubin, 1986; Hamilton, 1988; Finlay &amp; Dallimore, 1991; Soreff, 1979; Greenberg <i>et al.</i>, 1993; Parkes, 1964) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirmer l'identité du défunt et de la famille, s'identifier soi-même</li> <li>• Installer dans un endroit privé, intime, s'asseoir</li> <li>• Utiliser le nom du patient au lieu de patient, bébé, etc. La famille perçoit l'omission du nom du patient comme une indication que la personne décédée est considérée comme un objet et non pas comme un être humain.</li> </ul> </li> </ul>

- Savoir l'état des connaissances des proches
  - Faire une brève chronologie des événements (préhospitaliers également) Paramètre, qui peut diminuer leur potentiel de culpabilité.
  - Utiliser l'état du patient « décédé » plutôt que « n'est plus parmi nous » --> meilleure compréhension de la mort
  - Rassurer en disant que tout ce qui était possible a été fait
  - Éviter le jargon médical
  - Rassurer sur le fait que le patient n'a pas souffert, n'a pas eu de douleurs
  - Permettre une réponse au deuil initial, apporter un soutien physique si l'on se sent à l'aise de le faire et anticiper les réactions variées.
  - Indépendamment de leurs croyances, les membres du clergé peuvent fournir un soutien aux familles surtout s'il manque du temps aux médecins et infirmiers. On doit donner la possibilité aux familles de contacter leur propre clergé. L'équipe de soutien peut être de grand secours dans les cas où un deuil pathologique peut se produire.
  - Permettre à la famille de voir le corps. Laver aussi bien que possible le corps au préalable. La famille devrait être informée de ce qu'ils peuvent voir ou sentir, par exemple les changements de couleur et de la température ou la présence de lignes et des tubes, etc. Il faut accompagner la famille et lui permettre de toucher et de parler au défunt, si elle le souhaite. Plusieurs études ont démontré que les familles regrettent l'expérience plus tard et sont en colère si elles ont choisi de ne pas voir le corps ou ont été dissuadées. Voir le corps peut également aider à l'acceptation de la mort.
  - Renseigner sur le don d'organe/ autopsie
  - Répondre aux questions
  - Présenter ses sympathies mais ne pas présenter des excuses de la mort, parce que les survivants peuvent penser que plus aurait pu être fait.
  - Assurer le suivi : avec le médecin généraliste, donner un nom et un numéro d'un membre de l'équipe qui peut répondre aux questions. Un appel téléphonique de suivi ou une carte peut également être très aidant.
  - Le personnel peut juger nécessaire de dire à la famille quand partir, parce que la famille peut être submergée avec les événements et ne pas savoir quand il est approprié de le faire.
- Un processus de qualité sur l'annonce de décès implique une approche d'équipe dans laquelle tous les membres du personnel sont conscients de leurs rôles. - Seulement 8% du personnel des urgences interrogées avaient une équipe bien définie (Walters & Tupin, 1991; Anderson, 1993; Greenberg *et al.*, 1993).
- Reilly & Cohen (1983) ont démontré qu'un protocole écrit dans lequel les rôles des membres de l'équipe sont clairement définis améliorerait le processus de deuil pour les familles d'enfants décédés. Toutefois, seulement 22% des hôpitaux avaient un tel protocole. 37% des services d'urgence reçoivent une formation du personnel pour interagir avec les familles des patients décédés. 97% des directeurs estiment que leur processus pourrait être amélioré

Points forts et points faibles

Trop centré sur les médecins, mais interventions généralisables pour les infirmières.

Bibliographie bien complète.

Donne de bonnes pistes d'intervention pour l'annonce d'un décès notamment.

Ne répond pas à tous les critères méthodologiques. N'explique pas le devis, les articles retenus, etc.

## ANNEXE VI : Synthèse des résultats

<b>Résultats</b>	<b>Etudes qui en parlent</b>
Avis à la famille	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adamowski <i>et al.</i> (1993)</li> <li>• Li, Chan &amp; Lee (2002)</li> <li>• Olsen, Buenefe &amp; Falco (1998)</li> <li>• Tye (1993)</li> </ul>
Accueil et installation des proches	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adamowski <i>et al.</i> (1993)</li> <li>• Cooke, Cooke &amp; Glucksman (1992)</li> <li>• Davies (1997)</li> <li>• Dent <i>et al.</i> (1996)</li> <li>• Flam (1998)</li> <li>• Fraser &amp; Atkins (1990)</li> <li>• Li, Chan &amp; Lee (2002)</li> <li>• Olsen, Buenefe &amp; Falco (1998)</li> <li>• McDonald, Butterworth &amp; Yates (1995)</li> <li>• Tye (1993)</li> </ul>
Intervention autour de la réanimation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adamowski <i>et al.</i> (1993)</li> <li>• Flam (1998)</li> <li>• LeBrocq <i>et al.</i> (2003)</li> <li>• Li, Chan &amp; Lee (2002)</li> <li>• McDonald, Butterworth &amp; Yates (1995)</li> <li>• Saines (1997)</li> <li>• Tye (1993)</li> <li>• Wisten &amp; Zingmark (2007)</li> </ul>
Annonce du décès	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adamowski <i>et al.</i> (1993)</li> <li>• Cooke, Cooke &amp; Glucksman (1992)</li> <li>• Davies (1997)</li> <li>• Dent <i>et al.</i> (1996)</li> <li>• Flam (1998)</li> <li>• Fraser &amp; Atkins (1990)</li> <li>• Li, Chan &amp; Lee (2002)</li> <li>• Olsen, Buenefe &amp; Falco (1998)</li> <li>• Tye (1993)</li> <li>• Wisten &amp; Zingmark (2007)</li> </ul>
Vision du corps	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adamowski <i>et al.</i> (1993)</li> <li>• Cooke, Cooke &amp; Glucksman (1992)</li> <li>• Davies (1997)</li> <li>• Décaillet (2003)</li> <li>• Dent <i>et al.</i> (1996)</li> <li>• Fraser &amp; Atkins (1990)</li> <li>• Li, Chan &amp; Lee (2002)</li> <li>• McDonald, Butterworth &amp; Yates (1995)</li> <li>• Olsen, Buenefe &amp; Falco (1998)</li> <li>• Tye (1993)</li> <li>• Wisten &amp; Zingmark (2007)</li> </ul>
Mesures de confort	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cooke, Cooke &amp; Glucksman (1992)</li> <li>• Dent <i>et al.</i> (1996)</li> <li>• Flam (1998)</li> <li>• Fraser &amp; Atkins (1990)</li> <li>• Li, Chan &amp; Lee (2002)</li> <li>• McDonald, Butterworth &amp; Yates (1995)</li> <li>• Tye (1993)</li> </ul>
Soutien émotionnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adamowski <i>et al.</i> (1993)</li> <li>• Cooke, Cooke &amp; Glucksman (1992)</li> <li>• Davies (1997)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dent <i>et al.</i> (1996)</li> <li>• Fraser &amp; Atkins (1990)</li> <li>• Li, Chan &amp; Lee (2002)</li> <li>• Olsen, Buenefe &amp; Falco (1998)</li> <li>• Tye (1993)</li> <li>• Wisten &amp; Zingmark (2007)</li> </ul>
Respect des coutumes religieuses et des valeurs individuelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cooke, Cooke &amp; Glucksman (1992)</li> <li>• Décaillet (2003)</li> <li>• Fraser &amp; Atkins (1990)</li> <li>• Li, Chan &amp; Lee (2002)</li> <li>• Olsen, Buenefe &amp; Falco (1998)</li> <li>• Tye (1993)</li> <li>• Wisten &amp; Zingmark (2007)</li> </ul>
Informations écrites	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adamowski <i>et al.</i> (1993)</li> <li>• Cooke, Cooke &amp; Glucksman (1992)</li> <li>• Décaillet (2003)</li> <li>• Dent <i>et al.</i> (1996)</li> <li>• Flam (1998)</li> <li>• Fraser &amp; Atkins (1990)</li> <li>• LeBrocq <i>et al.</i> (2003)</li> <li>• Li, Chan &amp; Lee (2002)</li> <li>• McDonald, Butterworth &amp; Yates (1995)</li> <li>• Olsen, Buenefe &amp; Falco (1998)</li> <li>• Tye (1993)</li> <li>• Wisten &amp; Zingmark (2007)</li> </ul>
Restitution de souvenirs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dent <i>et al.</i> (1996)</li> <li>• Li, Chan &amp; Lee (2002)</li> <li>• Tye (1993)</li> </ul>
Renseignement sur le don d'organe/l'autopsie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cooke, Cooke &amp; Glucksman (1992)</li> <li>• Dent <i>et al.</i> (1996)</li> <li>• Li, Chan &amp; Lee (2002)</li> <li>• McDonald, Butterworth &amp; Yates (1995)</li> <li>• Olsen, Buenefe &amp; Falco (1998)</li> <li>• Tye (1993)</li> <li>• Wisten &amp; Zingmark (2007)</li> </ul>
Départ des proches	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flam (1998)</li> <li>• Fraser &amp; Atkins (1990)</li> <li>• Li, Chan &amp; Lee (2002)</li> <li>• Olsen, Buenefe &amp; Falco (1998)</li> <li>• Tye (1993)</li> </ul>
Suivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adamowski <i>et al.</i> (1993)</li> <li>• Cooke, Cooke &amp; Glucksman (1992)</li> <li>• Davies (1997)</li> <li>• Décaillet (2003)</li> <li>• Dent <i>et al.</i> (1996)</li> <li>• Flam (1998)</li> <li>• Fraser &amp; Atkins (1990)</li> <li>• Li, Chan &amp; Lee (2002)</li> <li>• LeBrocq <i>et al.</i> (2003)</li> <li>• McDonald, Butterworth &amp; Yates (1995)</li> <li>• Olsen, Buenefe &amp; Falco (1998)</li> <li>• Saines (1997)</li> <li>• Tye (1993)</li> <li>• Wisten &amp; Zingmark (2007)</li> </ul>