

Valentin Leclerc

Promotion 2015 – 2018

I.F.S.I. René Auffray

Unité d'enseignement 5.6 Semestre 6

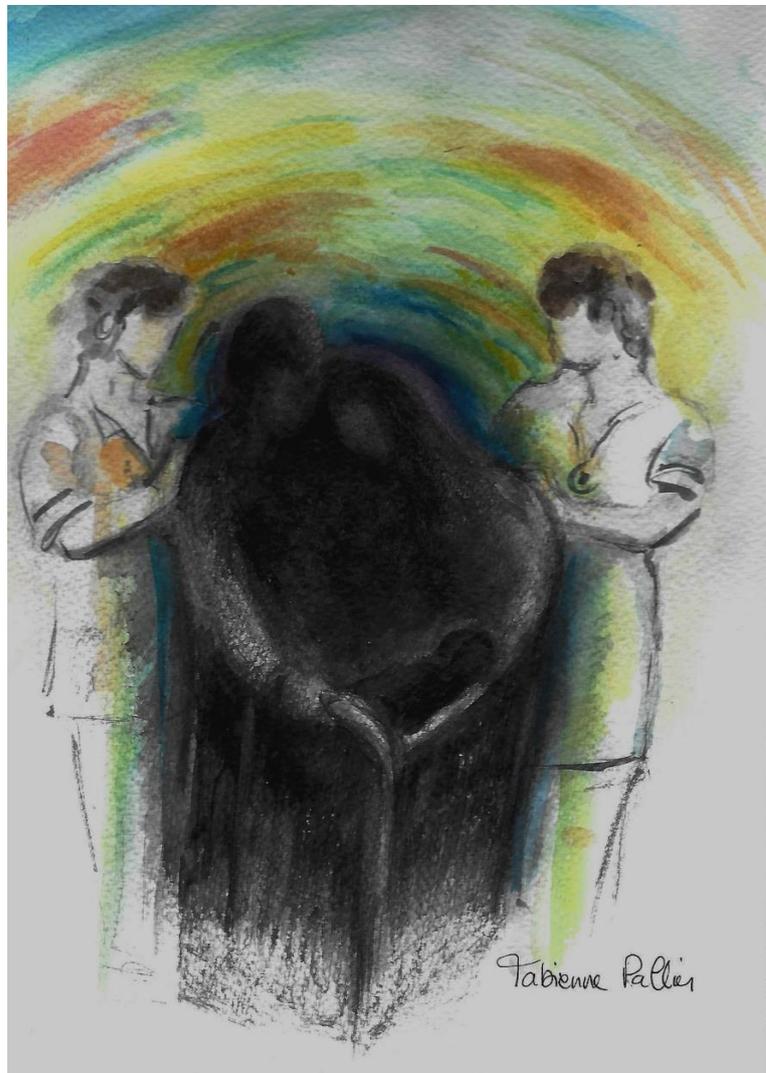
Analyse de la qualité et traitement des données
scientifiques et professionnelles

L'infirmier face à l'arrêt d'une réanimation pédiatrique

Sous la direction de Mme Annie Durieu

Note au lecteur

« Il s'agit d'un travail personnel, réalisé dans le cadre de l'obtention du diplôme d'état d'infirmier et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur »



Remerciements

Je tiens à remercier tout d'abord Mme Annie Durieu, cadre formatrice, pour ses conseils et son aide dans la réalisation de ce travail.

Je remercie l'ensemble de mes proches pour leurs soutiens et leurs relectures attentives.

Je remercie tout particulièrement Mélissa, pour son soutien inconditionnel durant ces 3 années de formation.

Je remercie les différentes professionnelles interrogées pour le temps qu'elles m'ont consacré et leur patience.

Enfin, je tiens à remercier l'ensemble des professionnels qui m'ont accompagné et encadré durant ces trois années de formation ainsi que l'équipe du S.M.U.R. de Garches pour leur accueil et leur bienveillance.

Sommaire

Introduction	6
I. De la situation d'appel à la question de départ	7
1.1 Le stage et son contexte.....	7
1.2 La situation.....	7
1.3 La question de départ.....	8
II. Méthodologie exploratoire	9
2.1 Guide d'entretien et thèmes explorés.....	9
2.2 Choix de la population.....	10
2.3 Profil des interviewés.....	10
2.4 Biais et limites des entretiens.....	11
III. Problématisation	11
3. Les secours d'urgence et l'A.M.U.....	12
3.1 Les intervenants.....	13
3.1.1 Le Service d'Aide médicale d'Urgence.....	13
3.1.2 Les S.D.I.S.....	13
3.1.3 Les autres intervenants.....	15
3.2 L'organisation des secours en France.....	15
3.3 Les secours pédiatriques.....	16
4. Les services de réanimation.....	16
4.1 Cadre législatif de la réanimation.....	17
4.2 La réanimation pédiatrique et néonatale.....	18
4.2.1 Les réseaux de maternités.....	18
4.2.2 Cadre législatif de la réanimation pédiatrique..	19
4.2.3 Résultats et analyse de l'enquête.....	20
4.3 Intégrer un service de réanimation.....	20
4.3.1 Résultats et analyse des entretiens.....	21
5. La fin de vie et la mort de l'enfant.....	22
5.1 La mort inattendue du nourrisson.....	22
5.1.1 Épidémiologie.....	23
5.1.2 Facteur de risque.....	23

5.1.3	Prise en charge.....	23
5.1.4	Centre de référence de la M.I.N.....	24
5.2	L'enfant.....	24
5.3	La mort.....	25
5.3.1	Résultats et analyse de l'enquête.....	26
5.4	Limitation et arrêt de soin en pédiatrie.....	27
5.4.1	Cadre législatif de la fin de vie.....	28
5.4.2	Résultats et analyse des entretiens.....	30
6.	Être soignant en service de réanimation/S.M.U.R.....	33
6.1	Les capacités et l'expérience.....	33
6.1.1	Les capacités.....	33
6.1.2	L'expérience.....	33
6.1.3	La compétence.....	34
6.1.4	Résultats et analyse des entretiens.....	35
6.2.	Transmettre, tutorer et intégrer.....	37
6.2.1	Transmettre et tutorer.....	37
6.2.2	L'intégration.....	38
6.2.3	Résultats et analyse des entretiens.....	39
IV.	Problématique	40
	La question de recherche.....	41
V.	Conclusion	41
	Bibliographie	43
	Annexes	45

Introduction

Actuellement étudiant en soins infirmiers, en 3^e année de formation et dans le cadre de l'obtention du diplôme d'État, je suis amené à réaliser ce travail dans le cadre de l'unité d'enseignement 3.4, « *initiation à la démarche de recherche.* » et 5,6. « *Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles* ». Cette dernière a pour but de permettre le développement de ses capacités d'analyse dans les soins, de rechercher et traiter des données scientifiques dans le but d'améliorer sa pratique professionnelle.

J'ai toujours eu comme projet professionnel de travailler dans le secours à personne préhospitalier, attiré par la gestion des urgences vitales et l'aspect technique de la prise en charge que ce soit en tant qu'infirmier en service mobile d'urgence et de réanimation ou en tant qu'infirmier de sapeur-pompier.

J'ai choisi cette situation pour son caractère exceptionnelle mais aussi pour les difficultés auxquelles elle m'a confronté. Prendre en charge un nourrisson en arrêt cardio-respiratoire place le soignant face à de nombreuses difficultés que ce soit pendant ou après la réanimation. Cette situation mobilise de nombreuses compétences et j'ai souhaité comprendre l'impact de ces situations sur le développement des compétences de l'infirmier.

Tous d'abord, je présenterai ma situation d'appel ainsi que l'analyse que j'en ai faite pour faire dégager la question de départ de ce travail.

Ensuite, je présenterai ma méthodologie pour l'exploration de la question de départ puis la confrontation entre les concepts et les résultats de mes entretiens à travers la problématisation. Enfin à la suite de cette analyse, j'élaborerai ma question de recherche.

I. De la situation d'appel à la question ce départ

1.1 Le stage et son contexte

La situation se passe lors de mon stage de semestre 4 au sein d'un Service Départemental d'Incendie et de Secours en banlieue de l'Ouest parisien. Je suis alors affecté au véhicule léger infirmier (V.L.I.), véhicule de secours à personne contenant l'ensemble du matériel médical nécessaire à la prise en charge de détresse vitale. Le véhicule est armé par un conducteur sapeur-pompier, un infirmier de sapeur-pompier et moi. L'équipe n'assure des missions de secours à personne et, n'ayant pas de médecin dans l'équipage, l'infirmier dispose de nombreux protocoles afin de prendre en charge des victimes.

1.2 La situation

À 8 h 30 nous partons en intervention en ayant comme information qu'il s'agit d'une détresse respiratoire chez un nourrisson de trois mois. Arrivés au domicile dix minutes plus tard, nous entrons et nous constatons que le nourrisson est en arrêt cardio-respiratoire. En effet, il est en hypothermie, hypotonique et il ne respire pas spontanément. Le conducteur pompier débute alors le massage cardiaque externe pendant que l'infirmière prépare la pose de la voie veineuse périphérique et l'adrénaline. Je mets en place le B.A.V.U. et l'oxygène et commence les insufflations. Nous avons un protocole « arrêt cardio-respiratoire chez le nourrisson » qui nous guide pour la prise en charge. L'infirmière tente à plusieurs reprises la pose d'une voie veineuse sans y parvenir.

Dix minutes après, nous sommes rejoints par un premier service mobile d'urgence et de réanimation (S.M.U.R.). Le médecin du S.M.U.R. demande aux parents de sortir de la pièce puis fait la demande d'un S.M.U.R. pédiatrique en renfort. L'infirmière et le médecin du S.M.U.R. essaient à leur tour de poser une voie veineuse mais sans succès. Le médecin tente d'intuber le nourrisson mais n'y arrive pas.

Le S.M.U.R. pédiatrique arrive. Le pédiatre, dès son arrivée, rappelle à l'ensemble des intervenants qu'une réanimation pédiatrique doit durer vingt-cinq minutes. Nous sommes au-delà des quarante-cinq minutes, nous arrêtons l'ensemble des gestes en cours.

Le médecin et l'infirmière annoncent alors le décès aux parents. Les parents, à la vision du corps de leur enfant, comprennent qu'ils viennent de perdre leur enfant, ils s'effondrent entre pleurs et cris.

Durant toute l'intervention, je me suis concentré sur le protocole à suivre et sur l'efficacité de mes gestes. Je suis « dans l'intervention » et préoccupé par l'aspect technique de ma prise en charge. À la vue de la détresse des parents, je comprends vraiment que le nourrisson est mort. Je n'arrive plus à regarder la famille, je suis comme paralysé durant quelques instants. Je retourne ensuite dans l'autre pièce avec les autres intervenants, les plaintes des parents sont trop difficiles à entendre.

Nous restons avec la famille pendant vingt-cinq minutes dans le silence. Seule l'infirmière du S.M.U.R. pédiatrique est auprès des parents et leur explique à voix basse la suite de la prise en charge de leur enfant. Les parents, beaucoup plus tard, sont installés dans l'unité mobile hospitalière afin d'être emmenés vers le centre de référence sur la mort inattendue du nourrisson. Une fois le S.M.U.R. parti, nous prenons un temps pour débriefer, se remémorer l'intervention et échanger autour de notre vécu et nos ressentis.

1.3 La question de départ

J'ai perçu durant cette prise en charge plusieurs difficultés pour les différentes équipes et pour moi-même. Il s'agit d'une intervention compliquée à la fois sur le plan technique et relationnel mais aussi sur le plan émotionnel.

Les parents, en l'espace d'une heure, découvrent leur bébé inanimé et appellent les services de secours. Ceux-ci tentent une réanimation sans y parvenir et confirment le

décès de leur enfant. C'est un véritable drame, un anéantissement... La première équipe, qui n'était pas la plus habituée et la plus formée, est appelée sur une situation exceptionnelle. Elle fait tout ce qu'elle peut. Très vite, elle est relayée par une deuxième équipe puis une troisième qui acte la réanimation. Dans ce contexte d'urgence, trois équipes sont mobilisées. Les gestes techniques liés à l'urgence vitale n'ont pas permis la réanimation.

L'arrêt de la réanimation a induit un sentiment d'échec, de culpabilité, d'impuissance d'autant qu'il s'agit d'une mort inattendue du nourrisson. La mort est d'autant plus inacceptable. Nous assurons une présence auprès des parents sans trop d'échanges verbaux dans un premier temps puis l'infirmière leur explique la suite de la prise en charge de leur nourrisson.

Ma question de départ est donc la suivante :

En quoi l'arrêt d'une réanimation pédiatrique impacte-t-il le soignant dans sa pratique professionnelle et son exercice ?

II. Méthodologie exploratoire

2.1 Guide d'entretien et thèmes explorés

Dans le but de réaliser mon approche exploratoire, j'ai choisi une méthode qualitative de recueil de données. J'ai donc réalisé mon enquête auprès de professionnels sous la forme d'entretiens semi-directifs. En effet, cela m'a permis de laisser aux interviewés une liberté de réponse par rapport à mon sujet tout en suivant un guide d'entretien. Cet outil m'a permis d'aller à la rencontre des professionnels afin de pouvoir capter le langage verbal et non verbal ainsi que leurs émotions.

Les professionnels de santé ont accepté d'être enregistrés par un dictaphone et j'ai pu ainsi mener les entretiens sans avoir à prendre des notes tout en garantissant une retranscription fidèle par la suite.

Durant les entretiens, j'ai abordé les thèmes suivants :

- I. La structure d'exercice des soignants : ce thème me permettra de comprendre la spécialité et les contraintes professionnelles en fonction de leur milieu d'exercice ;
- II. Réanimer : pour interroger les soignants sur leurs vécus, leur questionnement sur leurs pratiques en réanimation et s'ils ont été confrontés à la mort d'un enfant dans leur exercice ;
- III. Être soignant : Enfin ce thème a pour but de comprendre le processus d'acquisition des compétences des infirmiers exerçant dans des services d'urgence/réanimation.

2.2 Choix de la population

Pour réaliser mes entretiens, j'ai choisi des infirmier(e)s travaillant en pédiatrie dans des services où les soignants sont confrontés à des arrêts de soins, à la mort d'enfants ou à des prises en charge complexes. Je me suis donc tourné vers des soignants exerçant en service de réanimation néonatale ou pédiatrique ainsi qu'au S.M.U.R. J'ai également interrogé des infirmières puéricultrices diplômées d'État pour leur expertise dans le domaine de la néonatalogie et de la pédiatrie. Pour pouvoir analyser l'impact de l'expérience sur ces soignants confrontés à la détresse vitale d'enfants, j'ai sélectionné des infirmières ayant des durées d'exercices différentes.

Mon objectif était d'analyser les compétences des soignants qui exercent dans ces services où les prises en charge sont parfois longues et difficiles.

2.3 Profil des interviewés

IDE Questions	IDE A	IDE B	IDE C
Parcours professionnel depuis l'obtention de votre diplôme	IDE depuis 20 ans IPDE depuis 19 ans Réanimation néonatale/pédiatrique	IDE depuis 10 ans IPDE depuis 6 ans Réanimation néonatale et	IDE depuis 2016 IPDE depuis 2017 Réanimation pédiatrique et

d'état	depuis 18 ans	pédiatrique depuis 7 ans	néonatale depuis octobre 2017
Durée d'exercice dans son unité de soins	16 ans	10 ans	5 mois
Motivation à exercer dans ce service	Prendre soin des enfants quel que soit leur âge dans la période sensible ainsi que des familles	La prise en charge d'enfants, les soins techniques, les surveillances et le travail en équipe	Le relationnel avec l'enfant, l'accompagnement des familles dans les soins techniques
Parent	Oui	Oui	Oui

2.4 Biais et limite des entretiens

Lors de la réalisation des différents entretiens, j'ai eu plusieurs difficultés d'organisation : en effet, j'avais initialement prévu d'interroger un infirmier anesthésiste diplômé et expérimenté exerçant au S.M.U.R. cependant, il a dû annuler l'entretien suite un changement d'emploi du temps de dernière minute. Il m'a donné le contact de l'I.D.E. 1 ce qui m'a quand même permis de réaliser un entretien. Même si je suis satisfait du déroulement des entretiens, avec du recul, il m'aurait semblé pertinent de demander à l'I.D.E. 1 sa définition de la résilience. Je ne connaissais pas ce concept au moment de l'entretien. Il me semble être une piste intéressante car cela met en évidence les capacités de certains soignants confrontés à des situations difficiles.

III. Problématisation

Afin de comprendre le contexte de la situation de départ, il m'a paru important d'expliquer le contexte et donc l'organisation des secours en France.

3.1. Les secours d'urgence et l'A.M.U.

L'aide médicale urgente ou A.M.U. désigne l'ensemble des moyens mis en place par l'état pour apporter une aide médicale aux personnes victimes d'affection ou d'accident inattendu. Elle a pour objectif, en relation avec l'ensemble des acteurs communaux et départementaux, d'assurer le plus rapidement possible une prise en charge médicale adaptée à l'urgence.

Le fonctionnement de l'A.M.U. est basé sur « une chaîne de secours ». En effet, une fois l'alerte (ou demande d'aide médicale urgente) effectuée, une réponse de soins graduée va être proposée en fonction de la nature et de la gravité. Cette réponse va, selon les besoins, mettre en œuvre différents intervenants, des équipes secouristes jusqu'à l'ambulance de réanimation.

La doctrine de prise en charge des patients en état d'urgence vitale en France est appelée le « *Stay and play* ». Elle consiste à stabiliser le patient en défaillance vitale avant de le transporter vers un centre hospitalier. Ce qui justifie l'envoi de moyens de secours médicaux spécialisés. En opposition au « *Scoop and run* » américain qui consiste à transporter la victime vers un centre hospitalier le plus rapidement possible.



Schéma de la « chaîne des secours »

3.2 Les intervenants

3.2.1 Le Service d'Aide Médicale d'Urgence

En France, les différents moyens de secours sont régulés par le Service d'Aide médicale d'Urgence (ou SAMU) présent au niveau départemental sur l'ensemble du territoire Français. Il s'agit d'un service hospitalier, régit par l'article e L-6311-1 du Code de la Santé publique et qui a pour mission « *de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence. Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les SAMU joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en œuvre* »¹.

Les différents SAMU disposent de centre de réception et de régulation des appels (C.R.R.A.) pour assurer la réception de la demande d'aide médicale urgente, à travers le numéro national (15). Un médecin régulateur va évaluer le besoin et déclencher le ou les moyens de secours adaptés (Sapeurs-pompiers, ambulances privées, secouristes associatifs). Il peut être amené si besoin à envoyer un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (S.M.U.R.), une équipe médicale lorsqu'une victime est en détresse vitale avérée et nécessite des soins médicaux d'urgence (ou un transport inter hospitalier). Enfin, il peut être amené à diriger les opérations de secours lors de crises ou évènements extraordinaires et ce dans le cadre des plans d'Organisation de la Réponse de la Sécurité Civile (ORSEC).

3.2.2 Les Services départementaux d'Incendie et de Secours (S.D.I.S.)

Les Services Départementaux d'Incendie et de Secours, présents sur la très grande partie du territoire Français, sont les principaux acteurs de la sécurité civile. Régis par l'article L. 1424 du code général des collectivités territoriales, ils sont soumis à deux directions : une opérationnelle gérée par le préfet et le maire, une administrative gérée par un conseil d'administration du S.D.I.S.. Il doit remplir les missions suivantes en partenariat avec les autres acteurs de la sécurité civile :

¹ Code de la santé publique — Article R6311-1

- *La prévention et l'évaluation des risques de sécurité civile ;*
- *La préparation des mesures de sauvegarde et l'organisation des moyens de secours ;*
- *La protection des personnes, des biens et de l'environnement ;*
- *Les secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation²*

Pour la ville Paris et les départements de la petite couronne, ces missions sont assurées par le cor militaire la Brigade de sapeurs-pompiers de Paris ; pour la ville de Marseille, ce sont les militaires du bataillon de marins-pompiers de Marseille.

Les S.D.I.S. doivent aussi comporter un service de santé et de secours médical (S.S.S.M.) composé de professionnels de santé (infirmier, médecin, vétérinaire, pharmacien).

Volontaire ou professionnel, ils participent à différentes missions selon l'article du Code général des collectivités territoriales :

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

Le service de santé et de secours médical participe *aux missions de secours d'urgence définies par l'article L.1424-2 et par l'article 2 de la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.* Notamment par l'envoi si besoin de véhicule paramédical (médecin et infirmier ou infirmier habilité aux protocoles d'urgences) appelé Véhicule Léger Infirmier (V.L.I.).

² Code général des collectivités territoriales article L. 1424-2

³ Décret no 97-1225 du 26 décembre 1997 relatif à l'organisation des services d'incendie et de secours — Article 24

3.2.3 Les autres intervenants

- Les sociétés de transport sanitaire privé : leurs missions principales est d'assurer le transport de patients à l'hôpital à un rendez-vous ou encore le transport inter hospitalier. Elles peuvent également participer aux missions de secours d'urgence sur demande de la régulation du SAMU et sont alors appelées Ambulances de Secours et de Soins d'urgence (A.S.S.U.). Elles interviennent dans ce cas au même titre que les Véhicules de Secours Aux Victimes (V.S.A.V.) des Sapeurs-pompiers.
- Les associations agréées par la Sécurité civile, de loi 1901 et reconnue d'utilité publique. Elles participent activement aux missions de sécurité civile, en soutien des pouvoirs publics grâce à plusieurs milliers de personnels bénévoles, formés et équipés pour le secours à personne. Elles participent au secours lors de manifestations sportives, culturelles ou festives durant les dispositifs prévisionnels de secours. De plus, elles interviennent lors du prompt secours en région Île-de-France pour le compte de la B.S.P.P. ou du S.A.M.U.

3.3 L'organisation des secours en France

Lorsqu'une personne estime avoir besoin de l'intervention de secours, il peut composer le numéro 15 (S.A.M.U.) ou le numéro 18 (sapeur-pompier), car en France l'envoi des secours est assuré par ces deux centres :

- Le centre de traitement des appels (C.T.A.) des sapeurs-pompiers au sein des S.D.I.S. qui assurent des missions de sauvetage et de secours lors d'accidents ou d'incendies,
- Le centre de réception et de régulation des appels (C.R.R.A.) du service d'aide médicale urgente chargé de réceptionner les demandes d'aide médicale urgente (A.M.U.) et de trouver une solution adaptée ainsi que d'envoyer des équipes médicales sur demande d'un médecin régulateur.

Ces deux centres sont interconnectés. En effet, à chaque appel, une fiche récapitulant la demande d'aide médicale est créée et transmise à l'autre centre si besoin. Mais si le témoin passe par le C.T.A., l'opérateur pompier enverra une équipe de sapeurs-pompiers selon les protocoles de « départ reflex » puis contactera le centre 15. S'il s'agit uniquement d'une prise en charge médicale, c'est le S.A.M.U. qui interviendra si le témoin passe par le C.R.R.A. : il évaluera la demande et enverra des moyens en fonction de la situation et de l'urgence. Il décidera de la suite de la prise en charge de par le bilan transmis par les témoins ou les équipes de secours.

3.4 Les secours pédiatriques

Les secours pédiatriques en France sont identiques aux secours adultes. En effet, les secouristes, dans leurs formations initiales (premiers secours en équipe de niveaux 1 et 2 pour les sapeurs-pompiers/secouristes associatifs ou les ambulanciers titulaires de l'attestation de formation aux gestes d'urgences), disposent de différents modules centrés sur la pédiatrie. Les infirmiers de sapeurs-pompiers disposent quant à eux de protocoles dédiés aux enfants et aux nourrissons. Enfin, les S.M.U.R. sont capables de prendre en charge des victimes de tout âge.

Cependant, avec l'extension de la médecine préhospitalière, on observe le développement de S.M.U.R. pédiatriques qui sont des équipes spécialement formées et équipées pour prendre en charge les enfants et les nourrissons.

Après leurs prises en charge préhospitalières, les enfants en détresse vitale sont conduits dans des services spécialisés : ce sont les services de réanimation.

4. Les services de réanimation

Selon la S.F.A.R. (société française d'anesthésie et de réanimation), la réanimation *« est un service spécialisé où sont hospitalisés les patients les plus graves. Ils y bénéficient d'une surveillance constante des fonctions vitales comme la ventilation, l'oxygénation, la pression artérielle, les fonctions cardiaque et rénale. Si besoin, une*

assistance de ces fonctions vitales peut être mise en place afin de permettre si possible la survie du patient⁴ ».

Les patients admis en service de réanimation présentent une ou plusieurs défaillances d'organes mettant en jeu leur pronostic vital.

4.1 Cadre législatif de la réanimation

Du point de vue législatif, la réanimation est un service très règlementé notamment par les décrets n° 2002 — 465 et 2002-466 du 5 avril 2002, article R.712-90 qui donnent l'objectif des services de réanimation : *« Les unités de réanimation doivent être aptes à prendre en charge des patients présentant ou susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës circulatoires, rénales et respiratoires, mettant en jeu le pronostic vital »⁵.*

L'article R.712-92 se centre sur les moyens techniques dont doit disposer une réanimation : *« la pratique de soins de réanimation est exercée dans les établissements de santé comprenant une ou plusieurs unités organisées à cette fin, pouvant assurer la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés ainsi qu'une permanence médicale et paramédicale à la disposition exclusive de l'unité.⁶ »*

Ces types de prises en charge sont techniques et complexes et le nombre de soignants par patient est lui aussi règlementé par l'article D. 712-109 : *« Sous la responsabilité d'un cadre infirmier, l'équipe paramédicale d'une unité de réanimation comprend au minimum :*

- deux infirmiers pour cinq patients ;*
- un aide-soignant pour quatre patients. »⁷*

⁴ La réanimation et la surveillance continue, Société française d'Anesthésie et de Réanimation, <http://sfar.org/pour-le-grand-public/information-medicale-sur-la-reanimation/>

⁵ Circulaire DHOS/SDO n° 2003-413 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue

⁶ Décret n° 2002-465 du 5 avril 2002 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation et modifiant le code de la santé publique

⁷ Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 du code de la santé publique

Le service doit aussi disposer d'une permanence médicale 24 h/24, spécialisée et prenant en charge uniquement le patient de l'unité de réanimation.

4.2 La réanimation pédiatrique et néonatale

Les services de réanimation sont apparus à la suite d'épidémie de poliomyélite dans les années 1950 qui touchaient aussi les enfants.

Quant aux réanimations néonatales, elles sont apparues dans les années 1960 suite au développement de techniques de ventilation pour les nouveau-nés.

Le concept de réanimation pédiatrique apparaît en 1963 et le développement du premier service de réanimation pédiatrique polyvalente à Paris commencera en 1972. Sous sa forme actuelle, on parle de « concept Huault » qui vise à réunir dans une même structure tous les enfants nourrissons, enfants et nouveau-nés.

Les missions de la réanimation pédiatrique sont identiques à celles des adultes sauf que ce sont des nourrissons, des enfants et des adolescents, de leur naissance à leurs 18 ans, qui présentent une défaillance d'organe nécessitant la mise en place de traitements et/ou de techniques de suppléance.

Les réanimations pédiatriques sont organisées en deux niveaux de compétences sur des critères d'activités :

- Les réanimations pédiatriques avec plus de 200 séjours par an,
- Les réanimations pédiatriques spécialisées avec plus de 400 séjours par an.

4.2.1 Les réseaux de maternités

La France dispose aujourd'hui de 43 unités de réanimation pédiatrique réparties sur l'ensemble de son territoire. Elles sont toutes rattachées à un réseau de maternité. En effet, pour améliorer la sécurité des naissances, le décret périnatalité du 9 octobre 1998 a complètement réorganisé les réseaux de soins périnataux avec la constitution de 3 niveaux de maternité :



Les différents niveaux de maternité

4.2.2 Cadre législatif de la réanimation pédiatrique

La réanimation pédiatrique dispose, comme la réanimation adulte, d'une réglementation spécifique notamment par le décret n° 2006-74 du 24 janvier 2006⁸ « *relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation pédiatrique et de surveillance continue pédiatrique* »

L'article D. 6124-34 impose que la permanence médicale soit assurée par un médecin pédiatre ou un médecin anesthésiste-réanimateur titulaire d'un diplôme de spécialité en pédiatrie.

L'article D. 6124 — 34-2 indique que l'équipe paramédicale de l'unité de réanimation doit comprendre au minimum un aide-soignant ou un auxiliaire de puériculture pour quatre patients. Cet article impose aussi aux unités une approche pluridisciplinaire avec la présence d'un masseur kinésithérapeute expérimenté et la nécessité de faire intervenir un psychiatre, un psychologue, un orthophoniste, un psychomotricien et un assistant social si besoin.

L'article D. 6124 — 34-4 précise qu'en réanimation pédiatrique, l'équipe doit comporter au moins deux infirmières diplômées d'état si possible diplômé en puériculture pour cinq patients. De plus, l'équipe doit comprendre au moins une puéricultrice.

⁸ Décret n° 2006-74 du 24 janvier 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation pédiatrique et de surveillance continue pédiatrique

L'article D.6124-34-5 souligne que dans les réanimations pédiatriques spécialisées, il doit y avoir au moins un infirmier diplômé d'état et si possible diplômé en puériculture pour deux patients. De plus, l'équipe doit comprendre au moins une puéricultrice.

4.2.3 Résultats et analyse de l'enquête

Question 1) Pouvez-vous me présenter votre service ?

L'ensemble des infirmières exerce en service de réanimation pédiatrique et néonatale. L'I.P.D.E. 2 travaille dans une réanimation centre de référence des fins de vie. L'I.P.D.E. 3 exerce au S.M.U.R. pédiatrique à temps partiel.

Question 2) Quel est le profil des enfants pris en charge dans votre unité ?

L'ensemble des infirmières prend en charge des prématurés, nourrissons, enfants et adolescents, de 24 semaines d'aménorrhée jusqu'à 18 ans.

Question 3) Combien de patients avez-vous à charge ?

L'ensemble de l'effectif prend à charge entre 1 et 3 patients.

Les trois infirmières que j'ai pu interroger sont puéricultrices. Elles exercent en réanimation pédiatrique polyvalente et prennent en charge des nourrissons de 24 SA jusqu'aux adolescents de 18 ans. Ces infirmières sont responsables de 1 à 3 patients. Cela est en accord avec ma partie théorique et notamment le cadre juridique.

4.3 Intégrer un service de réanimation

La réanimation est un service à part entière dans le monde de l'hôpital. En effet, il est dédié à la prise en charge de patients en détresse vitale à court ou moyen terme, nécessitant des moyens techniques importants et notamment les techniques de suppléance ou d'assistance d'organe. Les soignants doivent donc mobiliser de nombreuses compétences techniques ou relationnelles adaptées aux contraintes

d'un service de réanimation. Cependant, l'ensemble de ces savoir-faire et savoir-être est peu abordé lors de la formation en institut de formation en soins infirmiers. Cela place les infirmiers sortant du diplôme d'état et intégrant un service de réanimation devant plusieurs difficultés, à la fois par manque de connaissance et par manque d'expérience.

4.3.1 Résultats et analyse des entretiens

Question 4) **À votre arrivée dans le service comment avez-vous vécu les premiers gestes de réanimation ?**

Deux I.P.D.E. sur trois appréhendaient les gestes de la réanimation, une infirmière avait peur faute d'expérience durant ses premières semaines.

Deux I.P.D.E sur trois ont été encadrées durant leurs premières semaines allant d'une période de 4 à 6 semaines, la troisième dit juste avoir été soutenue par ses collègues. Deux I.D.E. avaient des difficultés sur les gestes techniques, une I.P.D.E. sur le relationnel avec les parents et le fait de renoncer à des prises en charge.

Une infirmière se questionne sur ces pratiques.

Une infirmière qualifie cette période de « compliquée », une autre infirmière « qualifie » cette période de difficile.

Ainsi, au cours des entretiens, j'ai pu constater des difficultés notamment lors de leurs premiers jours dans le service. Les trois I.P.D.E. interrogées ont exprimé des difficultés liées à leur exercice durant leurs premières semaines. Les I.P.D.E. 1 et 3 énoncent des difficultés sur le plan de soins techniques (« les gestes me faisaient peur » et « j'appréhendais tous les gestes »). L'I.P.D.E. 2, quant à elle, indique des difficultés relationnelles : selon elle « la technique vient avec le temps [...] Alors que la communication avec la famille, il faut savoir s'adapter ». Les infirmières ne mettent pas en avant les mêmes difficultés lors de leurs prises de poste. En effet les I.P.D.E. n'avaient pas forcément le même parcours ni les mêmes difficultés, il s'agit aussi d'un ressenti individuel, difficilement comparable.

En France 80 % des enfants décèdent en réanimation et la mortalité en réanimation pédiatrique est de 7 % en 2007 selon la S.R.L.F.⁹

5. La fin de vie et la mort de l'enfant

Dans la situation d'appel, j'ai rencontré une situation exceptionnelle et terrible, il s'agit d'une mort inattendue du nourrisson.

5.1 La mort inattendue du nourrisson

La mort inattendue du nourrisson peut être définie comme : « le décès brutal et inattendu, souvent pendant son sommeil, d'un nourrisson de moins d'un an considéré jusque-là comme bien portant. » Selon l'Organisation mondiale de la Santé. L'appellation de « mort subite du nourrisson » a été abandonnée au profit de l'appellation de « mort inattendu » à la suite d'un rapport de la Haute Autorité de Santé en 2007.

Ce même rapport modifie la définition et la complète, elle regroupe :

- *Des morts inattendues et inexplicables à l'autopsie*
- *Des morts survenues lors d'une pathologie aiguë qui n'avait pas été considérée par les parents, les personnes en charge de l'enfant et/ou par les professionnels de santé, comme comportant un risque vital ;*
- *Des morts survenues lors d'une maladie aiguë et brutale, évoluant depuis moins de 24 heures chez un enfant qui était en bonne santé auparavant ;*
- *Des morts résultant de conditions pathologiques préexistantes qui n'avaient pas été identifiées auparavant par des professionnels de santé,*
- *Des morts résultant de toute forme d'accident, de traumatisme ou d'empoisonnement.¹⁰*

⁹ Évaluation en réanimation pédiatrique, S.R.L.F. 2015

¹⁰ Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans) » — Recommandation pour la pratique clinique —

https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_mort_inattendue_nourrisson.pdf

5.1.1 Épidémiologie

En France, il y a peu de chiffres récents concernant la mort inattendue du nourrisson, c'est pour cette raison, qu'en mai 2015, l'Observatoire national de la mort inattendue du nourrisson (O.M.I.N.) a vu le jour.

En 2016 l'O.M.I.N. publie une étude en 2016 montrant que le M.I.N est la première cause de mortalité des bébés de 1 à 12 mois.

Ce sont environ 500 nourrissons par an qui sont touchés par la M.I.N. et 50 % à 70 % de ces décès restent inexplicables malgré des autopsies poussées.¹¹

5.1.2 Facteurs de risque

La H.A.S. dans son rapport de 2007 a analysé une étude C.E.S.D.I.-S.U.D.I. menée en Angleterre pour identifier les facteurs de risque suivants :

- La position de couchage identifiée comme le risque le plus important ;
- La fumée de tabac si la mère a fumé pendant la grossesse ou en présence du nourrisson en post natal ;
- L'environnement du couchage : le risque augmente en cas d'utilisation de duvet ou de couette ;
- Le co-sleeping : le risque apparaît comme moindre quand l'enfant partage sa chambre avec ses parents ;
- Le partage du lit : le partage du lit ou du canapé entre le nourrisson et des parents qui fument, consomment de l'alcool, des drogues ou qui sont fatigués augmente le risque de M.I.N. ;
- Le repérage précoce de symptôme de maladie ainsi que la vaccination diminuent le risque de M.I.N.

5.1.3 Prise en charge

Selon « Urgence pédiatrique » aux éditions Maloine, une réanimation « efficace et raisonnable » (moins de 25 minutes) doit être mise en place à l'arrivée des secours

¹¹ <https://www.chu-nantes.fr/observatoire-national-de-la-mort-inattendue-du-nourrisson-60183.kjsp>

« uniquement si le décès est ou paraît très récent »¹². Il faut limiter au maximum les actes invasifs ainsi que les manœuvres de réanimation approfondie car elles sont souvent inutiles et perçues comme violentes par la famille.

Par la suite, un contact avec le centre de référence régional d'accueil des M.I.N. est indispensable pour organiser la prise en charge de l'enfant et de ses parents.

5.1.4 Les centres de référence de la Mort inattendue du nourrisson

La France dispose d'une trentaine de centres de référence de la mort inattendue du nourrisson. Ils sont apparus en 1986 dans les centres hospitaliers universitaires à la suite d'une étude sur l'impact de la position de couchage du nourrisson. Ces centres ont différentes missions qui sont, selon l'association « Naître et vivre » regroupant les parents d'enfants décédés de la mort inattendue du nourrisson :

- La prise en charge de l'enfant décédé (autopsie, analyse...);
- Organiser la recherche et l'enseignement sur la M.I.N. ;
- Accueillir les parents et leur proposer un suivi ;
- Diffuser de l'information et organiser des actions de prévention.

5.2 L'enfant

Il existe de nombreuses définitions de « l'enfant », selon le domaine et les cultures. Le mot « enfant » vient du latin *infantem* qui signifie « celui qui ne parle pas ».

En pédiatrie, les dénominations sont les suivantes :

- Le nouveau-né va de la naissance à 1 mois.
- Le nourrisson va d'un mois à un an.
- La petite enfance va de 2 ans à 4 ans.
- L'enfance moyenne va de 5 ans à 10 ans

La définition la plus utilisée est celle des Nations Unies dans la convention internationale des droits de l'enfant en 1989 : l'article 1 précise « ***Un enfant s'entend***

¹² CHABERNAUD J.L., Urgences pédiatriques — Paris : édition Maloine 2017

de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable »¹³.

Le CNRTL (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales) définit l'enfant comme un « *Être humain, sans différenciation de sexe, dans les premières années de sa vie et avant l'adolescence* ». Il nous propose une autre définition « un enfant peut être défini comme un être humain en cours de développement et dépendant de ses parents ou autres adultes »¹⁴. Cette définition se centre sur la filiation, elle présente aussi l'enfant comme un « état » qui se situent avant celui de l'état « d'adulte ».

5.3 La mort

La mort est définie par le dictionnaire Larousse MÉDICAL comme : « La cessation complète et définitive de la vie » et « correspond à l'arrêt de toutes les fonctions vitales avec cessation définitive de toute activité cérébrale ».

Dans notre société, la mort reste un sujet complexe, son vécu est personnel, elle renvoie chacun face à la perception qu'il a de la vie.

Souvent associée à la fin, la mort d'une personne âgée est peut-être qualifiée de « naturelle » et on parle parfois de « belle mort ». Pour l'enfant ou le nourrisson, il n'y a pas de « belle morte » ni de « mort naturelle ». En effet, l'enfant est associé au début, au commencement de la vie. La mort d'un enfant quel que soit son âge est « contraire à la vie » selon Margaux Rambert, psychologue. Il s'agit d'un évènement, considéré comme injuste car, contrairement à la personne âgée qui arrive « à la fin de son parcours de vie », l'enfant ne fait que le commencer. Cela « inverse l'ordre des générations »¹⁵ selon Michel Hanus, psychiatre.

La mort relève d'une expérience complexe et individuelle toujours source de questionnement pour les équipes qui les prennent en charge.

¹³ Convention internationale des droits de l'enfant — UNICEF

¹⁴ Le développement psychosocial de l'enfant,

¹⁵ Déchaux, Jean-Hugues, Michel Hanus, et Frédéric Jésus. Les familles face à la mort. Entre privatisation et resocialisation de la mort. L'Esprit du temps, 1998

5.3.1 Résultats et analyse de l'enquête

Question 7) **Avez-vous déjà été confronté à un échec ou un arrêt de réanimation ? Quelles en étaient les circonstances ?**

L'ensemble de l'effectif a été confronté à un arrêt de soin durant son exercice. Deux I.P.D.E insistent sur le fait qu'un arrêt de réanimation n'est pas un échec.

Deux I.P.D.E disent qu'il faut prendre en charge l'enfant, l'accompagner lui et sa famille, même après un échec de réanimation.

L'I.P.D.E. 2 dit qu'il faut parfois « arrêter la réanimation pour le bien de l'enfant ».

L'I.P.D.E. 3 a bénéficié de débriefings sur la prise en charge notamment après les arrêts de soin lors de M.I.N. ou de grands prématurés.

Concernant les circonstances, l'ensemble des I.P.D.E. a rencontré des arrêts de réanimation chez des grands prématurés. Deux I.P.D.E., dans le cadre de pathologie chronique, ou de choc septique, une I.P.D.E. chez des patients polytraumatisés dans le cadre de son exercice en S.M.U.R.

On constate donc que les soignants exerçant dans ce type de service sont bien confrontés à la mort et cela dans de nombreuses circonstances tragiques. Pour l'I.P.D.E. 1 « de nombreuses fois malheureusement ». Cependant Les I.P.D.E. 2 et 3 ne considèrent pas l'arrêt de soin comme un échec. Pour l'I.P.D.E. 3 « Ne pas réussir à réanimer arrive et il ne faut pas le prendre comme un échec » et pour l'I.P.D.E. 2 « Nous devons les prendre en charge, les accompagner eux et leur famille ». Cette dernière fait référence au concept de « cure » et de « care ». Ces deux concepts ont été traités par de nombreux auteurs dans la littérature contribuant à donner chacun une définition. La « cure » se définit comme « les soins de réparation qui ont pour but de limiter la maladie, de lutter contre elle et de s'attaquer aux causes. L'objet de réparation est devenu la fonction organique, la fonction mentale, l'organe, le tissu, voire la cellule isolée de son tout » mais ce concept s'intéresse uniquement à la prise en charge curative et à la guérison de la maladie. Ce concept est lié à celui du « Care » qui « recouvre les soins d'entretien et de maintien de la vie : ce sont tous les soins permanents et quotidiens ayant pour fonction d'entretenir la vie en la

nourrissant en énergie. »¹⁶ Il a été développé par Jean Watson dès 1979. Cette définition prend en compte d'autres facteurs qu'ils soient psychologiques ou relationnels et dépasse la définition du soin « S'occuper de, rétablir la santé ». Elle se rapproche donc de la définition du « prendre soin ».

Cette dimension prend tout son sens lors de la fin de vie, en réanimation, quand la prise en charge curative n'est plus possible, l'accompagnement se transforme en prise en charge palliative qui a pour but « d'aider à maintenir la meilleure qualité de vie possible à l'enfant et d'offrir du soutien à sa famille. » Selon le réseau francophone de soin palliatif pédiatrique.

5.4 Limitation et arrêt de soin en pédiatrie

Le Pr Jean-Christophe Mercier (président du Groupe Francophone de Réanimation et Urgences pédiatriques) explique que « *réanimer sans conscience que la suppléance artificielle d'organe défaillant, doit se limiter, voir s'arrêter quand les espoirs d'une vie humainement décente ou supportable pour l'enfant et son entourage deviennent vains*¹⁷ ».

Les limitations thérapeutiques ou les arrêts de traitement sont fréquents en réanimation pédiatrique car il représente 40 % des décès qui en sont la conséquence.

La limitation thérapeutique appelée limitation des thérapeutiques actives ou L.T.A. ce définit selon la Société de Réanimation en Langue française (S.R.L.F.) comme « *la non-instaurat[i]on ou la non-optimi[s]ation d'une ou plusieurs thérapeuti[que(s)] curative(s) ou de suppléance des défaillances d'organes, dont la conséque[n]ce peut être d'avancer le moment de la mort.* »¹⁸. Il s'agit de la non mise en place de traitement dont la balance-bénéfice/risque est incertaine à l'exception de traitements dit « palliatifs ».

¹⁶ *Le Caring. Philosophie et science des soins infirmiers*, Jean Watson, traduction française sous la direction de Josiane Bonnet, Paris, Seli Arslan, 1998

¹⁷ Limitation ou arrêt des traitements en réanimation pédiatrique, Groupe Francophone de Réanimation et Urgences pédiatriques

¹⁸ Les limitations et arrêts de thérapeuti[que(s)] active(s), Recommandations de la Société de réanimation de langue française

L'arrêt des thérapeutiques actives est défini par la S.R.L.F. « Par l'arrêt d'une ou plusieurs thérapeutique(s) curative(s) ou de suppléance des défaillances d'organes déjà instituée(s), dont la conséquence peut être d'avancer le moment de la mort »¹⁹. Il s'agit là d'arrêter un ou plusieurs traitements, dont la aussi la balance-bénéfice/risque est incertaine, à l'exception de traitement palliatif qui, dans ce cas aussi, ne sont pas arrêtés.

5.4.1 Cadre législatif de la fin de vie

Depuis le 22 avril 2005, les patients et le professionnel de santé disposent de texte législatif autour de la fin de vie, il s'agit de la loi Léonetti. Après plusieurs années de discussion autour de ce texte une nouvelle version est promulguée le 2 février 2016, elle sera appelée loi Leonetti-Claeys.

La loi de 2005 qui fixe les droits des malades en fin de vie rend l'euthanasie illégale. L'article L1110-5 du Code de la santé publique développe le droit à ne pas subir d'obstination déraisonnable (nouvelle appellation de l'acharnement thérapeutique) et le droit à la préservation de la dignité du malade. C'est aussi la fin du « paternalisme médical » avec le respect du principe d'autonomie puisque c'est le patient malade qui décide. Enfin, cette loi introduit le principe du « double effet » car un traitement permettant de soulager la fin de vie peut aussi accélérer le décès.

La loi du 2 février 2016, la loi Claeys-Leonetti renforce le droit du malade, à travers les directives anticipées qui s'imposent désormais au médecin. Le malade, s'il le peut, doit désigner une personne de confiance, qui se fait porte-parole et exprime la volonté du malade si celui-ci ne peut le faire.

L'ensemble de ces éléments doit être pris en compte lors d'une procédure collégiale avec les membres de l'équipe de soin et au moins un médecin extérieur à la prise en charge en qualité de consultant et ce afin de prendre une décision dans l'intérêt du malade.

¹⁹ Les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s), Recommandations de la Société de réanimation de langue française

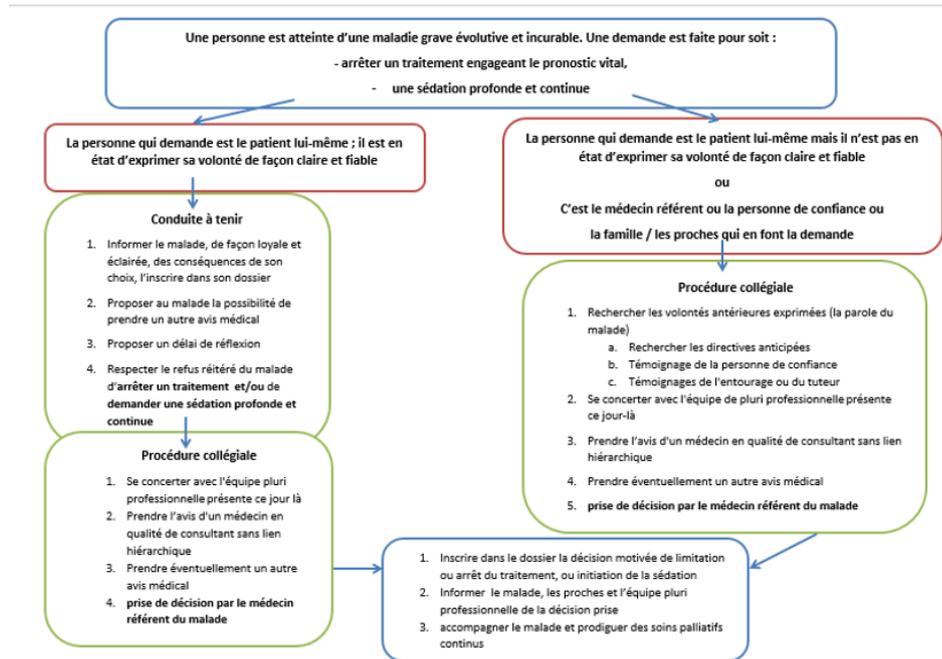


Schéma de la procédure d'une limitation ou d'un arrêt de soin

L'enfant lui aussi a « le droit de participer à la prise de décision » selon la Loi Kouchner, son souhait devra être pris en compte avec l'ensemble des éléments. Il faut intégrer différents paramètres subjectifs notamment la maturité de l'enfant ou sa faculté de discernement.

Cependant « *L'autorité appartient aux père et mère pour protéger l'enfant dans sa sécurité, sa santé et sa moralité. Ils ont à son égard droit et devoir de garde, de surveillance et d'éducation* » selon l'article 371-2 du Code civil. L'article L.1111-4 du code de la santé publique énonce que « *Dans le cas de refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risquant d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur (ou du majeur sous tutelle), le médecin délivre les soins indispensables* ». Les parents restent les décisionnaires dans la prise en charge de leur enfant. Il faut donc les intégrer au processus décisionnel de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques et prendre en compte leurs souhaits pour l'enfant. Cependant, il existe des recours légaux contre la volonté des parents si « la poursuite des traitements est susceptible de caractériser une obstination déraisonnable ».

5.4.2 Résultats et analyse des entretiens

Question 6) **En quoi certaines situations de soin vous questionnent-elles toujours ?**

L'ensemble de l'effectif s'interroge sur l'impact de la réanimation et son intérêt pour l'enfant. L'I.P.D.E. 1 dit que c'est « *la difficulté de la réanimation* ».

Enfin l'I.P.D.E. 2 se pose des questions sur les arrêts de thérapeutique, sur les mamans ayant des addictions et sur les situations familiales difficiles.

L'I.P.D.E. 3 s'interroge sur le fait que l'enfant est dépendant des choix de l'équipe et de ces parents et sur la qualité de vie de l'enfant réanimé.

Compte tenu de la diversité des prises en charge et de leurs complexités, les équipes soignantes sont amenées à se questionner. En effet, dans les entretiens, c'est l'une des notions qui apparaît à de nombreuses reprises. L'I.P.D.E. 2 dit « *se poser beaucoup de questions* » quand je lui ai demandé son regard sur la réanimation. Cette infirmière se questionne sur le sens de sa prise en charge d'enfants. De plus, l'ensemble de l'effectif s'interroge sur l'impact d'une réanimation sur l'enfant ainsi que sur de nombreux autres thèmes en lien avec leurs exercices. L'infirmier en réanimation est confronté à la mort et à la fin de vie et, dans ce cadre, il est amené à se questionner sur ses pratiques et ce sont ces mêmes interrogations qui l'ont mené jusqu'à la réflexion éthique.

L'éthique est définie par Pierre Revery comme « la science de la morale et des mœurs. Cette discipline réfléchit sur la notion de bien, de morale et de mœurs. » La réflexion éthique se définit quant à elle comme un « *processus de réflexion éthique est une démarche continue de questionnement individuel et/ou collectif qui vise à se remettre en question et à s'interpeller dans les pratiques de soins afin de renforcer sa capacité éthique* » selon l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements médico-sociaux (A.N.E.S.M.). La réflexion éthique a pour objectif de « *réfléchir sur les valeurs qui guident l'acte de soin, les pratiques, au-delà d'une logique purement technique* ». Cette définition de Sébastien Doutreligne permet de comprendre l'objectif du questionnement qui dépasse le soin purement technique de la réanimation. Cela permet de donner un cadre à la prise en charge tout en la

garantissant la plus « *juste possible* ». Même si l'éthique est suggestive, elle permet donc aux soignants de se questionner sur leurs pratiques et de trouver une réponse adaptée dans les principes d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice.

**Question 8) Pensez-vous que l'on puisse se préparer à un arrêt de soins ?
Comment ?**

Pour deux I.P.D.E. on peut se préparer à un arrêt de soins avec de l'expérience et une discussion en équipe. Cela permet à l'équipe de se projeter sur l'arrêt de soins. Pour l'I.P.D.E. 2 et l'I.P.D.E. 3 cela peut être vécu comme très rapide et très violent ce qui ne laisse pas le temps aux soignants de se préparer. L'I.P.D.E. 3 dit que certains passages en soin palliatif sont vécus comme un soulagement par les équipes.

Pour les soignants exerçant en réanimation, se préparer à un arrêt de soin relève toujours d'un exercice complexe. En effet, l'arrêt de soin relève d'un paradoxe complexe, car « *réanimer* »²⁰ peut se définir comme « *Ramener un malade, un blessé à la vie par une série de soins* » selon le centre national de ressources textuelles et lexicales. Ce qui pourrait s'opposer à l'arrêt de soin car il rapproche inéluctablement le patient de la mort. Il apparaît dans les entretiens que ce n'est pas l'arrêt de soin qui marque les soignantes mais la mort du patient. Car pour deux I.P.D.E., le décès a été difficile à vivre car vécu comme violent et très rapide. Il s'agit alors pour le soignant de faire son deuil car même si le deuil fait souvent référence aux proches du défunt malade, il touche aussi les soignants du fait de leurs proximités avec le patient et le développement de la relation soignant soigné. On part alors de deuil soignant qui peut être défini comme « *une réaction affective très forte à un événement majeur de la vie chez la personne qui vit la perte d'un être cher, d'une fonction importante de son corps, d'un membre, de son autonomie personnelle, de sa vie, de son couple ou de son travail.* »²¹ Selon Margot Phaneuf, Docteur en science infirmière. C'est un processus qui va demander du temps aux soignants.

²⁰ <http://www.cnrtl.fr/definition/r%C3%A9animer>

²¹ L'infirmière et le deuil Éléments théoriques février 2016 Margot Phaneuf, PHP.

L'exercice en réanimation place le soignant face à de nombreux décès ce qui peut mettre en difficultés les soignants car il ne va pas disposer de suffisamment de temps.

Question 9) Pouvez-vous me raconter une situation d'arrêt de soin qui vous a marqué ? Y-a-t-il eu un débriefing en équipe ?

Pour l'I.P.D.E. 1, il s'agit d'un A.C.R. chez un garçon de 3 ans non récupéré. Pour l'I.P.D.E. 2 une leucémie foudroyante chez un garçon de 9 ans et elle ne savait pas qu'il pouvait mourir, elle a été choquée et attristée. Pour l'I.P.D.E. 3, il s'agit d'un enfant contaminé au S.H.U. dialysé puis en C.E.C.. Il a fait un arrêt non récupéré. Ce décès a été vécu comme très dur surtout face aux parents. Pour deux I.P.D.E. sur trois il n'y a pas eu de débriefing. Une I.P.D.E. dit que les débriefings sont souvent informels entre les soignants. Une I.P.D.E. a eu recours à la psychologue de son service.

Parmi les situations de soins qui ont marqué les équipes, l'ensemble de l'effectif présente une prise en charge qui s'est terminée par le décès de l'enfant. En effet, la mort reste une expérience traumatisante pour les soignants. La Haute Autorité de Santé a donné aux soignants de nombreux outils pour les aider à surmonter des situations difficiles. Un des outils les plus faciles à mettre en place est le débriefing, il est défini comme *« une séance où les professionnels partagent leur point de vue sur une situation passée, afin de mettre en avant les aspects positifs et les dysfonctionnements éventuels. Les professionnels partagent leur connaissance et savoir-faire et en tirent des enseignements. »* Cet outil permettrait selon la H.A.S. *« d'améliorer l'efficacité du fonctionnement de l'équipe (relations de travail, augmentation de la confiance et du respect entre collègues, meilleure coordination des soins, etc.) et la sécurité des patients, dont la culture de sécurité. »*²² Cela pourrait avoir un intérêt dans les prises en charge de réanimation ou l'urgence de la situation ne laisse que peu de temps à la communication. Cependant à travers les entretiens, seulement une I.P.D.E sur trois a eu la chance d'avoir un débriefing et

²² Briefing et débriefing, H.A.S. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2657908/fr/briefing-et-debriefing

pour une I.P.D.E., les débriefings ont bien lieu mais sous une forme informelle, entre soignants.

L'exercice en réanimation reste complexe de par les nombreuses spécificités du service. Cette partie de ma problématisation va développer la notion de compétences et de leur partage entre les soignants.

6. Être soignant en service de réanimation/S.M.U.R.

6.1 Les capacités et l'expérience au service de la compétence

6.1.1 Les capacités

« Les capacités » dont l'étymologie vient du latin « *capacitas* » : qui peut contenir, sont définies par le dictionnaire Larousse comme « *qualités de celui qui est apte à faire une chose et à la comprendre* ». Pour l'auteur Jean Cardinet, psychologue spécialiste en méthode éducative, une capacité est « *une visée de formation générale, commune à plusieurs situations* ». Il s'agit donc d'une aptitude à comprendre quelque chose dans un ensemble de situations. Selon Gerard en 1998, on peut séparer les capacités en plusieurs domaines : les capacités cognitives, les capacités gestuelles et les capacités socioaffectives. Dans leurs exercices professionnels, les infirmiers sont amenés à utiliser l'ensemble de ces capacités.

6.1.2 L'expérience

L'expérience est une situation vécue par un ou plusieurs individus. En effet elle est définie par le C.N.R.T.L. comme : « *fait d'acquérir, volontairement ou non, ou de développer la connaissance des êtres et des choses par leur pratique et par une confrontation plus ou moins longue de soi avec le monde* ». Il s'agit donc d'un processus d'apprentissage. Dans le cadre de la profession d'infirmier on parle d'expérience professionnelle. Il s'agit selon Christine Paillard, docteur en sciences du langage, d' « *un ensemble de compétences acquises par des processus cognitifs,*

par un ensemble de savoir-faire tout au long de sa carrière professionnelle »²³. On parle de savoir d'expérience, car il dépasse le contenu des cadres théoriques, ils ont été développés et sont utilisés dans la réalité. Ces savoirs sont transmis par des infirmières expérimentées, au parcours riche en situation de soin. L'intérêt de l'expérience a été démontré dans étude qui a duré 4 ans de la Columbia University. En effet, elle a montré que l'augmentation d'une année d'ancienneté des infirmières dans un service a un lien avec la diminution de 1,3 % de la durée moyenne d'hospitalisation des patients. L'expérience est donc un véritable mode d'apprentissage aux services des patients et des soignants mais aussi une ressource pour les soignants moins expérimentés.

6.1.3 La compétence

Le mot « *compétence* » est fréquemment utilisé en institut de formation en soin infirmier puisqu'il est au centre du processus d'évaluation des étudiants. Lors de l'évaluation en stage, la grille d'évaluation est découpée en compétences, cinq compétences « cœur de métier » et cinq compétences transversales communes aux professions paramédicales. Ce sont ces compétences qui donneront des objectifs à poursuivre à l'étudiant en soins infirmiers.

P. Perrenoud, sociologue et docteur en sociologie en donne une définition qui s'adapte parfaitement à l'exercice en réanimation : « *Développer une compétence correspond à l'aptitude à maîtriser une famille de situations et de processus complexes en agissant dans un but précis* ». Les capacités désignent le fait d'être capable, d'avoir une aptitude. Les compétences sont quant à elle un ensemble de savoirs, de savoir-faire et d'attitude. Les compétences sont résumées par Margot Phaneuf comme « *Un savoir en actes, responsable et organisé en fonction d'une finalité* ». Il s'agit donc d'un processus complexe, réfléchi mettant en œuvre de nombreux savoirs dans un objectif bien précis. La compétence est donc le lien entre les capacités et l'expérience.

²³ Dictionnaire des concepts en soins infirmiers 3e édition, Christine PAILLARD

Cependant, elle n'est pas figée dans le temps et elle se développe en fonction de la durée d'exercice du professionnel. Patricia Benner, infirmière et théoricienne américaine, en a décrit cinq stades d'évolution et d'assimilation d'une compétence²⁴ :

- Novice, l'infirmier n'a aucune expérience, il se base uniquement sur ses enseignements pour la réalisation d'acte de soin,
- Débutant, il a déjà fait face à plusieurs situations réelles mais a encore besoin d'aide pour établir les priorités ainsi que d'être encadré dans le milieu clinique,
- Compétent, a une expérience de 2 ou 3 ans dans un service, il sait déterminer les aspects importants d'une situation. De plus, il a le sentiment de maîtriser les choses et de pouvoir faire face aux situations inhabituelles,
- Performant, il est performant et arrive à comprendre les situations dans leurs globalités ainsi qu'à mettre en œuvre des actions adaptées,
- Expert, il comprend la situation de manière intuitive et arrive à apporter une solution de manière rapide et efficace.

D'après cette théorie, la compétence est donc intimement liée à l'expérience mais pas uniquement puisqu'en plus de la confrontation avec la réalité, il convient de développer pour l'infirmier son savoir théorique et donc ses capacités.

6.1.4 Résultats et analyse des entretiens

Question 5) Quel regard portez-vous sur la réanimation aujourd'hui ?

L'I.P.D.E. 1 dit être plus à l'aise avec l'expérience et les formations, mais indique que le stress est inévitable lors de grosses réanimations.

L'I.P.D.E. 3 dit être toujours stressée et angoissée lors de grosse réanimation, qu'il est toujours difficile d'être confronté à la mort d'un nourrisson, mais cela l'a motivée à devenir puéricultrice.

Enfin l'I.P.D.E. 2 se pose des questions sur l'encadrement des équipes confrontées à des souffrances, sur la prise en charge de la douleur chez l'enfant et sur les

²⁴ Benner, P. (1995). De novice à expert : Excellence en soins infirmiers.

techniques de réanimation. Dans ce dernier cas, la question concerne également la viabilité de l'enfant et l'amélioration de sa prise en charge.

Après plusieurs années d'exercice, l'I.P.D.E. 1 et l'I.P.D.E. 2 (20 ans et 10 ans d'exercice) observent une évolution de leurs pratiques « *on devient de plus en plus à l'aise avec davantage de sang-froid* ». La troisième I.P.D.E. qui exerce depuis seulement 5 mois a toujours « des angoisses » quand elle se retrouve en face d'une réanimation. L'I.P.D.E. 1 et 2 justifie les évolutions de leurs pratiques et l'évolution de leurs compétences par l'expérience professionnelle acquise au fil des années. L'I.P.D.E. 3 qui a, parmi l'effectif interrogé, le moins d'expérience (5 mois) dit avoir « *toujours de l'angoisse et du stress* » ce qui la différencie des I.P.D.E plus expérimentées. Cela confirme mes recherches théoriques sur l'impact de l'expérience puisque l'on peut qualifier les I.P.D.E. 1 et 2 comme expertes (avec plus de 10 ans dans le même service chacune). Elles sont efficaces et savent réagir de manière intuitive alors que l'I.P.D.E. 3 peut-être qualifiée de débutante du fait de ses 5 mois d'expérience encore emprise au stress et à l'angoisse.

Question 10) Pensez-vous avoir développé des capacités et/ou des compétences particulières à la suite de ce type de situations ?

Deux I.P.D.E sur trois pensent avoir développé des compétences à la suite de ces situations.

Une I.P.D.E. pense que les compétences s'acquièrent avec le temps et l'expérience, et pas sur des situations précises.

Deux I.P.D.E. ont amélioré leur gestion du stress.

Une I.P.D.E. a appris à prendre du recul par rapport à la situation.

Une I.P.D.E. dit essayer de transformer cette souffrance en compétence et notamment sa capacité de résilience.

On observe des disparités de résultats dans l'échantillon de population car toutes les infirmières ne sont pas d'accord quant au fait d'avoir développé des compétences à la suite de situation d'arrêt de soin. Les I.P.D.E 1 et 3 pensent avoir développé

différentes compétences tandis que l'I.P.D.E. 2 pense que c'est avec l'expérience et le temps que les compétences se développent et non pas sur des situations bien précises. Malgré leurs divergences, ces deux définitions sont en accord avec ma partie théorique puisque l'on peut voir l'expérience « à court terme » comme les I.P.D.E. 1 et 3. voient l'expérience à travers une situation de soin bien précise. Tandis que l'I.P.D.E. 2 voit l'expérience « sur le long terme », avec l'expérience acquise durant plusieurs semaines voire plusieurs d'années d'expérience.

L'I.P.D.E. 1 évoque, à travers son expérience, le développement de sa capacité de résilience. Le terme « résilience » vient du domaine des sciences physiques, il est défini par : » *la résistance d'un matériau aux chocs* ». Il a été repris par la suite par les sciences sociales qui le défini par « *la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'évènements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères* »²⁵ d'après Michel Manciaux, pédiatre. Il s'agit donc d'une capacité qui pourrait être particulièrement utile pour des soignants exerçant dans des services de réanimation pédiatrique, confrontés régulièrement au traumatisme de la mort d'un enfant.

6.2. Transmettre, tutorer et intégrer

6.2.1 Transmettre et tutorer

À l'image de la formation en institut de formation en soins infirmiers, la transmission des savoirs professionnels est répartie en plusieurs lieux d'apprentissage. Il s'agit, d'une part, de cours théoriques, de travaux dirigés et de travaux pratiques à l'I.F.S.I. puis, d'autre part, de la formation clinique en stage.

Une fois diplômé, la transmission des savoirs professionnels va reposer sur la transmission par les pairs ainsi que par des formations internes organisées au sein de son service. La transmission des savoirs peut se définir comme une « *opération par laquelle la connaissance dont disposent certains individus relevant d'un groupe social donné est partagée avec d'autres intégrant ce groupe, notamment pour permettre l'apprentissage, le développement, la retraite des premiers, ou la*

²⁵ Le concept de résilience et ses applications cliniques, Marie Anaut

diminution de leur activité. »²⁶. Il s'agit de la transmission d'un savoir lors d'une situation de travail ou de soin. Le savoir vient du soignant expérimenté à destination du soignant peu expérimenté. Il s'agit d'une situation de tutorat puisqu'elle a clairement un but de transmission.

Le tutorat est une relation entre un professionnel et un apprenant dans le cadre d'une situation formative. L'objectif du professionnel est de former afin d'intégrer le nouvel arrivant. Selon Gerard F. le tutorat a trois fonctions :

- Une fonction pédagogique : le développement de compétences dans une situation de soin,
- Une fonction de socialisation : le tutorat est générateur de lien social entre le tuteur et le tuteuré,
- Une fonction de management : il s'agit de la coordination des différents intervenants qui interviendront lors de l'apprentissage du tutorat.

L'ensemble de ce processus permet alors l'intégration de l'infirmier jeune diplômé et/ou peu expérimenté dans un service de soin unique.

6.2.2 L'intégration

L'intégration est une période clef dans le développement des compétences de l'infirmier puisqu'elle correspond à l'intégration des « savoir-être » et des « savoir-faire » essentiels à l'exercice quotidien. Elle est définie selon le dictionnaire Larousse comme « *Action d'intégrer; fait pour quelqu'un, un groupe, de s'intégrer à, dans quelque chose* ». Il s'agirait donc pour le soignant d'intégrer le groupe des « soignants exerçant en réanimation à l'hôpital » afin d'en développer les compétences techniques et relationnelles. Pour Sainsaulieu, l'intégration pourra être considérée comme réussie si le nouvel arrivant a intégré les bases de la culture professionnelle du groupe.

L'intégration a donc plusieurs enjeux selon Penseyres, adjoint à la direction des soins. En plus d'assurer une relève, cela permettrait de lutter contre le stress, le découragement, la frustration ou encore la démission, de permettre une plus grande

²⁶ <http://dictionnaire.sensagent.leparisien.fr/Transmission%20des%20savoirs/fr-fr/>

efficacité et performance des équipes et ainsi éviter les départs prématurés ou les déstructurations d'équipe. L'intégration est donc un processus complexe mais essentiel dans la transmission des compétences.

6.2.3 Résultats et analyse des entretiens

Question 11) **Les nouveaux professionnels sont – ils informés et formés sur ces situations ?**

Pour deux I.P.D.E., les professionnels qui viennent travailler en réanimation savent qu'ils seront confrontés à la mort et aux arrêts de soins. Pour la dernière I.P.D.E. c'est la cadre qui l'a prévenue.

Pour l'ensemble de l'effectif interrogé, il y a eu une période d'intégration.

Pour l'effectif interrogé, il n'y a pas de formation propre à la mort ou à l'arrêt de soin. Cependant, deux I.P.D.E. évoquent une psychologue du service disponible pour les soignants.

Une I.P.D.E. pense que les situations doivent être prises de manière individuelle et que les soignants doivent être vigilants avec les autres membres de leurs équipes.

Une I.P.D.E. dit que les formations seraient difficiles à mettre en place car cela dépend du ressenti des soignants par rapport à ces situations de soins.

On constate que l'ensemble de l'effectif interrogé a bénéficié d'une période d'intégration avec un tuteur expérimenté à son arrivée dans le service. Cependant, il n'y a pas eu de formation pour les nouveaux arrivants. L'encadrement, à travers le cadre de santé ainsi que les psychologues des services, est présent pour les soignants.

Lors des précédentes parties de ce travail, j'ai pu constater que les soignants exerçant en service de réanimation sont confrontés à des situations complexes soulevant des questionnements et qu'ils sont parfois en souffrance. Une des I.P.D.E. interrogées insiste sur le rôle des soignants au sein de leurs équipes, en tant que personne-ressource pour leurs collègues en difficultés : *« Il faut aussi être vigilant avec les autres membres de son équipe et ne pas hésiter à les orienter »*. Cela

insiste sur le rôle de soutien qu'ont les soignants d'une même équipe. En effet, le soutien de collègue est indispensable dans les situations de soin ou la souffrance est difficile à gérer. Notamment pour les jeunes diplômés qui, en dehors de leurs expériences acquises en formation, sont en proie à leurs propres émotions face à la mort d'un enfant par exemple. Le travail en équipe, en plus d'améliorer la qualité des soins, s'avère essentiel pour le bien-être des soignants.

IV. Problématique

J'ai, par ce travail, essayé de répondre à ma question de départ : »en quoi l'arrêt d'une réanimation pédiatrique impacte-t-il le soignant dans sa pratique professionnelle et son exercice ? ». L'ensemble de mes recherches théoriques et empiriques m'ont permis de faire ressortir la complexité de l'exercice en réanimation pour ces soignants confrontés aux arrêts de réanimation et à la mort d'enfant. En effet, j'ai pu m'entretenir avec des infirmières aux profils et à l'expérience différents mais avec comme point commun d'exercer dans un service de réanimation pédiatrique.

La réanimation est un service très règlementé et d'autant plus complexe qu'il s'agit d'une réanimation pédiatrique. Intégrer ce type de service pour un infirmier nouvellement diplômé reste une épreuve car il va devoir développer de nombreuses compétences afin de prendre en charge ces patients.

L'autre facette des soignants exerçant en réanimation pédiatrique est qu'ils sont, dans leur pratique au quotidien, confrontés aux arrêts de soin et de réanimation. En France, aujourd'hui, la plus grande majorité des enfants décède dans les services de réanimation et tous les soignants interrogés y ont été confrontés. À chaque fois, cela a été vécu comme un moment difficile pour ces professionnels. La mort en réanimation reste un paradoxe complexe et la source d'un questionnement éthique pour les différentes équipes.

Pour être soignant en service de réanimation, il faut mobiliser de nombreuses capacités et acquérir de l'expérience professionnelle afin de développer ses compétences. De plus les différentes situations de soin, comme les arrêts de soin et

de réanimation, sont la source d'une expérience qui va permettre aux soignants de développer des compétences qu'elles soient personnelles comme la résilience ou professionnelles. L'autre facette du développement de la compétence est la transmission des compétences et cela passe par l'accompagnement et le tutorat. Ils permettent d'accompagner les nouveaux professionnels dans le but de leur permettre de s'intégrer au service et de devenir autonome.

À travers ce travail, j'ai pu comprendre les difficultés que vivent les soignants au quotidien ainsi que l'impact réel sur les soignants d'un arrêt de soins sur leurs exercices et leurs pratiques. J'ai pu avoir des éléments de réponses notamment via l'expérience qui est la source du développement des compétences chez les soignants. Je me suis donc à nouveau questionné à travers la question de recherche suivante **« Dans quelle mesure l'expérience impact-elle les pratiques professionnels des soignants confrontés à un arrêt de soin ou de réanimation pédiatrique en service de réanimation ? »**

V. Conclusion

Afin de réaliser ce travail et pouvoir proposer des pistes de réflexion à ma question de départ, j'ai été amené à interroger différents professionnels et explorer plusieurs concepts : la réanimation, l'enfant et la mort et les compétences. Ces derniers m'ont permis de comprendre les notions essentielles de ma question de recherche.

Après l'élaboration d'un guide d'entretien en lien avec mes concepts théoriques, je suis allé à la rencontre de professionnels. J'ai confronté, tout au long de ce travail, ces concepts aux résultats d'entretiens semi-directifs. Cela m'a permis de confronter mes recherches théoriques auprès de professionnels de terrain. Ces entretiens avaient pour but de comprendre l'exercice, les contraintes, le vécu de soignants confrontés à la mort d'enfant ainsi que les compétences qu'ils mobilisent et développent.

L'analyse de mes recherches théoriques et empiriques m'a donc permis d'apporter un regard nouveau sur les concepts.

Je peux projeter mon travail dans une démarche de recherche future en poursuivant ce travail notamment dans le cadre d'un diplôme universitaire ou d'un master.

Pour conclure, je peux affirmer que ce travail a été bénéfique car j'ai approfondi mes connaissances de l'exercice en réanimation pédiatrique. De plus, cela m'a permis de faire un premier pas dans le monde de la recherche qui, aujourd'hui, permet de valoriser les travaux et les savoirs infirmiers.

Bibliographie

DIRECTION DE LA DÉFENSE ET DE LA SÉCURITÉ CIVILES/DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS *organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente (référentiel commun)*. Paris, juin 2008

Pr ADNET Frederic dir. Rapport haut Autorité de la Santé, *Prise en charge de la mort inattendue du nourrisson*. Paris, 2007

CHABERNAUD J.L. *Urgences pédiatriques* — Paris : édition Maloine 2017 - 2e édition — 355 pages

GASSIER Jacqueline et Colette DE SAINT-SAUVEUR. *Le guide de la puéricultrice* — Paris : édition Maloine 2016 - 4^e édition – 1280 pages

NAUDIN David, Franck PAILLARD et LOSSER Marie-Reine *Cahier des sciences infirmières : Soins d'urgence et de réanimation*. Issy-les-Moulineaux Édition Elsevier — Masson 2014 – 382 pages

BERTHOLET-GOUDIN Emanuelle, Véronique LOMBARO et Clerc'H Christophe *Livret infirmier au chevet du patient de réanimation : de la pratique à la connaissance*. Paris : édition Springer 2014 – 224 pages

MERCADIER Catherine *le travail émotionnel des soignants à l'hôpital* — Paris : édition Seli Arslan 2017 - 287 pages

MANOUKIAN Alexandre *la relation soignant-soigné* — Paris : édition Lamarre 2014 – 202 pages

BEAUDET Line et Francine DE MONTIGNY *lorsque la vie éclate : l'impact de la mort d'un enfant sur la famille* — Paris : édition Seli Arslan 2017– 472 pages

HESBEEN Walter, *prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante* — Paris, Éditions Masson 1997 - 195 pages

WATSON Jean, *Le Caring. Philosophie et science des soins infirmiers*, traduction française sous la direction de Josiane Bonnet, Paris, Seli Arslan, 1998

HANUS Michel *la mort d'un parent : le deuil des enfants* – collection « Espace éthique » — Vuibert — 2008

DACHAU, Jean-Hugues, Michel HANUS, et Frederic JESU. *Les familles face à la mort. Entre privatisation et resocialisation de la mort*. L'Esprit du temps, 1998

Sitographie

<http://sfar.org/>

<https://www.srlf.org/>

<http://www.cnrtl.fr/>

<https://www.legifrance.gouv.fr/>

https://www.pediatriepalliative.org/Definition-des-soins-palliatifs-pediatriques_a50.html

<https://www.sparadrap.org/Professionnels/Actualites/Actus-de-SPARADRAP/Un-guide-pour-les-parents-sur-les-soins-palliatifs-de-l-enfa>

Annexes

Annexe 1 — Guide d'entretien.....	II
Annexe 2 Retranscription entretien n° 1.....	IV
Annexe 3 Retranscription entretien n° 2.....	VII
Annexe 4 Retranscription entretien n° 3.....	XI
Annexe 5 Grille d'analyse.....	XV
Résumé.....	XX

Annexe 1

Guide d'entretien

Profil de l'interviewé :

- Quel est votre parcours professionnel depuis l'obtention de votre diplôme d'état ?
- Depuis combien de temps êtes-vous dans cette unité de soins ?
- Quelles sont vos motivations à exercer dans ce service ?
- Êtes-vous parent ?

I) La structure

- Q1 pouvez-vous me présenter votre structure : orientation, spécificité, nombre de lits
- Q2 quel est le profil des enfants pris en charge dans votre unité (âge, parcours de soins, pathologies — thérapeutiques...)
- Q3 combien de patients avez-vous en charge ?

II) Réanimer

- Q4 à votre arrivée dans le service, comment avez-vous vécu les premiers gestes de réanimation ?
- Q5 quel regard portez-vous sur la réanimation aujourd'hui ?
- Q6 en quoi certaines situations de soins vous questionnent-elles toujours ?
- Q7 avez-vous déjà été confronté à un échec ou un arrêt de réanimation ? Quelles en étaient les circonstances ?

III) Être soignant

- Q8 pensez-vous que l'on puisse se préparer aux arrêts de soins ? Comment ?
- Q9 pouvez-vous me raconter une situation d'arrêt de soin qui vous a marqué ? Y-a-t-il eu débriefing en équipe ?
- Q10 pensez-vous avoir développé des capacités et/ou des compétences particulières à la suite de ce type de situations ?

Q11 les nouveaux professionnels sont-ils informés et formés sur ces situations ?

Q12 en sortant du travail comment arrivez-vous à « décompresser » ? Et à rester soignant ?

Q13 avez-vous quelque chose à ajouter ?

Annexe 2

Entretien n° 1

Quel est votre parcours professionnel depuis le diplôme d'État ?

Alors pour résumer ! J'ai eu mon diplôme d'état en [hum..] 1998. L'année d'après, j'obtenais celui de puéricultrice. Donc en 1999. Ensuite j'ai travaillé en réanimation néonatale et pédiatrique.

Depuis combien de temps exercez-vous dans ce service ?

Ça faisait 15 ans l'année dernière donc déjà 16 ans [Rire].

Et quelles sont vos motivations, après 16 ans de pédiatrie, à exercer dans ce service ?

De prendre soin d'enfants quel que soit leur âge et de les accompagner du mieux que je peux, dans les périodes [mime des guillemets avec ses doigts] « sensible » ou « difficile » de leurs petites vies... Les enfants, mais aussi leurs familles...

Vous êtes parent non ?

Oui, je suis maman de deux petites filles.

Pouvez-vous me présenter votre service ?

Oui, c'est un gros service de réanimation de l'enfant et il est divisé en 3 secteurs : un secteur réanimation néonatale de 18 lits, un secteur de réanimation pédiatrique de 6 lits et 4 lits de soins intensifs pédiatriques. Nous avons aussi le S.M.U.R. pédiatrique rattaché à notre service. J'ai la chance de pouvoir tourner entre ces différents postes.

Et combien avez-vous de patients à charge ?

1 à 3 en fonction de la prise en charge, mais généralement on a 1 à 2 patients à charge par infirmière

Quel est le profil des enfants dans votre réanimation ?

IPDE : Nouveau-nés, nourrissons, enfants et adolescents, jusqu'à 18 ans et voir même un peu plus s'ils sont encore suivis en pédiatrie chez nous. Donc il n'y a pas réellement de profil type tu vois ?

Oui, c'est une réanimation polyvalente, **à votre arrivée dans ce service appréhendez-vous les gestes de réanimation ?**

Non, pas vraiment durant les premières semaines, j'ai été doublé par une infirmière bien plus expérimentée ! Et elle me surveillait de près, toujours le nez derrière mes deux épaules ! Mais c'est une fois ma période d'essai terminée, quand j'ai eu à charge mes deux patients, c'est là que le stress a commencé à monter [Pause]. J'appréhendais presque tous les gestes, l'aspiration, les changes des petits... ça a vraiment été une période compliquée pour moi et pour mes collègues.

Et aujourd'hui quel regard portez-vous sur la réanimation ?

Les années d'exercice professionnel, les expériences et formations font que l'on devient de plus en plus à l'aise avec davantage de sang-froid au moment des accueils d'enfants ou des réas... Mais on ne peut malheureusement jamais éviter le stress des réanimations surtout quand il s'agit d'enfants. Et il (le stress) nous permet aussi de nous dépasser lors de certaines prises en charge.

En quoi certaines situations de soins vous questionnent-elles toujours ?

Je pense que le jour où l'on arrête de se questionner sur la réanimation, son impact et sa nécessité, c'est qu'il faut arrêter de travailler dans ce genre de service, ces gestes me posent toujours question. Savoir quand s'arrêter ou continuer, je pense que c'est la vraie difficulté dans notre métier de soignant en réanimation.

Avez-vous déjà été confronté à un échec ou un arrêt de réanimation ? Quelles en étaient les circonstances ?

De nombreuses fois malheureusement en 16 années d'exercice... Des nouveau-nés prématurissimes : ce sont les enfants nés entre la 26^e et la 28^e semaine, les morts inattendues du nourrisson, les enfants atteints d'un choc septique, en particulier le purpura fulminant qui est vraiment la forme que l'on rencontre le plus souvent... ou des enfants polytraumatisés... en réanimation à l'hôpital ou au S.M.U.R. à domicile ou sur la voie publique...

Pensez-vous que l'on puisse se préparer aux arrêts de soins et comment ?

On arrive avec l'équipe à sentir le moment où la réanimation n'est plus raisonnable et où il vaut mieux opter pour un accompagnement de l'enfant sans souffrance et de sa famille. Il s'agit ensuite de préparer le passage de l'enfant en soin palliatif. [Pause] Oui et non, je ne pense pas que cela soit plus facile mais avec l'expérience, on arrive à se projeter et à se dire que le décès de l'enfant est possible. Et réussir à faire ça, je pense, nous aide vraiment. [Pause] Certaines situations restent toujours, mais je

pense aussi que l'esprit d'équipe aide beaucoup et les soignants plus expérimentés doivent être des soutiens pour les moins expérimentés.

Pouvez-vous me raconter une situation d'arrêt de soin qui vous a marqué ? Ya-il eut débriefing en équipe ?

Plusieurs situations m'ont marqué mais celle-là m'a vraiment touchée : c'était un petit garçon de 3 ans et son papa a tenté de le tuer en lui faisant boire de l'acide. Il est resté à ma charge pendant 3 mois avec des soins très lourds. Et quelques jours avant sa sortie, il a fait un A.C.R., il n'a pas été récupéré... [pause]. Je pense que c'est le contexte, le fait que son état se soit amélioré puis l'aggravation soudaine de son état... Il n'y a pas eu de staff à l'issue de cette prise en charge et je pense que cela aurait été nécessaire pour moi... Après, dans le service, nous débriefions souvent des prises en charge, mais entre nous.

Pensez-vous avoir développé des capacités et des compétences particulières à la suite de ce type de situation ?

Dans mon service, entre 40 et 60 enfants décèdent chaque année malheureusement... J'essaye de transformer cette souffrance en compétences pour mieux accompagner les enfants et leurs familles, ma capacité de résilience augmente... Après, avec l'expérience, je dirais qu'on améliore notre gestion du stress lors de grosse réa mais aussi la façon de se présenter et de communiquer avec les familles, je pense que mon positionnement a changé... Il s'est adapté avec les années de pratique.

Les nouveaux professionnels sont-ils informés et formés sur ces situations ?

IPDE : Chaque professionnel sait qu'en venant travailler en réanimation, il sera confronté au décès de certains de ses patients. Mais il n'y a pas de formation. Après, dans mon service, nous avons la chance d'avoir une psychologue disponible pour les familles mais aussi pour l'équipe.

En sortant du travail comment arrivez-vous à « décompresser » ? Et à « rester soignant » ?

En écoutant de la musique et en pleurant parfois dans la voiture pendant le trajet de retour. Mais je dirais surtout en profitant de ma famille et de mes proches ou avec des activités comme le sport qui aident à se vider la tête après de trop grosses réa.

merci beaucoup, j'en ai fini avec mes questions, **avez-vous quelque chose à rajouter ?**

Non, rien à rajouter, je te souhaite bon courage dans ton travail !

Annexe 3

Entretien n° 2

Quel est votre parcours professionnel depuis l'obtention de votre diplôme d'État ?

Tout d'abord 2 ans en tant qu'IDE en réanimation néonatale et pédiatrique. Le concours, puis 1 an en école de puéricultrice. Et puis retour dans ma réanimation, ça va faire 7 ans maintenant.

Depuis combien de temps êtes-vous dans cette unité de soins ?

Je pense que l'on peut dire que ça va faire 10 ans.

Quelles sont vos motivations à exercer dans ce service ?

La prise en charge des enfants est très variée et riche. À la fois des soins relationnels mais aussi la technicité et la concentration que cela demande ! Et les différentes surveillances liées aux patients et aux machines sont vraiment passionnantes car tout peut changer en quelques heures... Il y a aussi de travailler dans une grande équipe très soudée, je pense.

Êtes-vous parent ?

Oui.

Pouvez-vous me présenter votre structure ? Orientation, spécificité, nombre de lits par exemple ?

Dans le service nous avons 12 lits et un lit qui peut être ouvert si les autres sont pleins. Pour les enfants accueillis, c'est à partir de 24 semaines d'aménorrhée. Et nous sommes le centre de référence pour les accompagnements de fin de vie avec une quarantaine de prises en charge par an sur nos 900 entrées. Nous avons aussi beaucoup de prises en charge de pathologies digestives.

Quel est le profil des enfants pris en charge dans votre unité (âge, parcours de soins, pathologies — thérapeutiques) ?

Principalement des enfants prématurés. Comme je te l'ai dit, à partir de 24 semaines d'aménorrhée et l'enfant de plus de 28 jours de vie. En ce moment, nous avons plusieurs bronchiolites, ça va avec la saison.

Combien de patients avez-vous en charge ?

Légalement en réanimation, il faut 2 infirmières pour 5 patients et nous n'échappons pas à la règle. En générale on a 2 voire 3 patients.

À votre arrivée dans le service, comment avez-vous vécu les premiers gestes de réanimation ? Des appréhensions ?

Oui bien sûr. Mais j'ai eu la chance d'avoir été intégrée 6 semaines. Après, c'est surtout l'accompagnement des parents qui est plus difficile que les gestes techniques de réanimation. La technique vient progressivement et elle reste la même pour tous les enfants que l'on reçoit. Alors que la communication avec les familles, il faut savoir s'adapter et quand ça bloque, avoir le courage de passer le relais aux collègues. C'est parfois toujours difficile pour moi de renoncer à la prise en charge d'un enfant à cause de la famille...

Et aujourd'hui, quel regard portez-vous sur la réanimation ?

Je me pose beaucoup de questions sur l'encadrement de l'équipe et le soutien qui lui est nécessaire car elle est exposée à de grandes souffrances. Il y a aussi le traitement de la douleur qui est loin d'être parfait... Je pense que même si j'ai ma petite expérience, il faut continuer à réfléchir sur nos prises en charge et être là dans l'intérêt de l'enfant. On va de plus en plus loin et, là aussi, il faut réfléchir sur la viabilité dans le temps de l'enfant.

En quoi certaines situations de soins vous questionnent-elles toujours ?

L'accompagnement d'un bébé et de sa famille en arrêt des thérapeutiques actives, les bébés de mamans ayant des addictions, les situations familiales difficiles comme les violences conjugales avec, au final, le placement du bébé. Je pense que toutes les situations de soins peuvent poser des questions pour améliorer notre prise en charge et pour l'intérêt de l'enfant.

Avez-vous déjà été confrontée à un échec ou un arrêt de réanimation ? Quelles en étaient les circonstances ?

Oui, les grands primats. Les maladies chroniques des nourrissons, les septicémies, les naissances difficiles chez les nouveaux nés à terme. Mais je ne le vis pas comme

un échec. C'est aussi ça la vie... [Pause] L'enfant est au centre des décisions. Nous devons les prendre en charge, les accompagner et leur famille du mieux que nous pouvons. Et si tout ce qui est raisonnable a été tenté... il faut savoir s'arrêter, pour l'enfant.

Peut-on se préparer à un arrêt de réanimation ou arrêt de soins ? Et comment ?

Oui et non quand on connaît le diagnostic de mort cérébrale ou quand le traitement ne fonctionne plus, on le sait avec l'expérience et à un moment on se pose en équipe pour voir les possibilités et commencer à parler d'arrêt de soins. Nous restons dans la prise en charge et voilà [pause] ça nous permet d'avoir du recul et de mieux se préparer... On pense avant tout à l'enfant. On se questionne sur sa future vie et les conséquences de tout ça.

Et parfois non ?

IPDE : Parfois, c'est tellement rapide comme chez un enfant chronique qui allait bien et qui fait un arrêt cardiaque, une fausse route ou autre chose... Et que l'on n'arrive pas à récupérer. C'est assez dur comme situation et parfois c'est difficile à réaliser, il faut un peu de temps...

Pouvez-vous me raconter une situation d'arrêt de soin qui vous a marqué ? Et y-a-t-il eu débriefing en équipe ?

Une leucémie foudroyante sur un garçon de 9 ans, on ne connaissait pas le type de leucémie et je ne savais pas que ce garçon allait mourir. J'ai été très choquée et triste car il m'a dit toute la nuit qu'il n'allait pas bien et qu'il allait mourir... Je suis restée avec lui pour le rassurer. Et au matin, je me suis dit que sans le savoir je lui avais menti. Après mes collègues ont pris le relai car j'étais tellement choquée que je n'ai pas su réagir. Je n'ai pas eu de retour en équipe sur ce cas mais moi j'en ai parlé à la psychologue du service, ça m'a bien aidé.

Pensez-vous avoir développé des compétences particulières à la suite de ce type de situation ?

Non, enfin je n'ai pas l'impression, les compétences s'acquièrent avec le temps et l'expérience pas sur des situations précises. J'ai appris à accepter, être empathique et surtout prendre de recul sur ce genre de situation.

Les nouveaux professionnels sont-ils informés et formés sur ces situations ?

Les jeunes diplômés savent que la réanimation est un service à part entière, avec des prises en charge un peu uniques dans le monde de l'hôpital. Pour la formation, il y a une période d'intégration, en binôme avec un collègue plus expérimenté. Je pense que les situations doivent être prises de manière individuelle pour pouvoir proposer... Euh... des débriefings en équipe. Et il faut aussi être vigilant avec les autres membres de son équipe et ne pas hésiter à les orienter vers la psychologue ou même le cadre du service.

En sortant du travail comment arrivez-vous à « décompresser » ? Et à rester soignant ?

Ma famille joue un rôle important. Puis chaque jour est différent. Nous avons heureusement bien plus de patients qui s'en sortent bien que l'inverse. Il faut aussi savoir en parler avec ses collègues de boulot pour pouvoir rentrer l'esprit léger chez soi. J'ai appris dans ce service à quel point la vie était importante et donc chaque moment est bon à prendre et cela me permet de décompresser.

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Non, merci.

Annexe 4

Entretien n° 3

Quel est votre parcours professionnel depuis l'obtention de votre diplôme d'état ?

J'ai eu mon diplôme en 2016, puéricultrice juste après l'IFSI et je travaille en REA pédiatrique et néonatale depuis octobre 2017.

Depuis combien de temps exercez-vous dans ce service ?

Environ 5 mois.

Quelles sont vos motivations à exercer dans ce service ?

Le relationnel avec l'enfant qui est particulier, l'accompagnement des familles dans les soins de l'enfant, la découverte de celui-ci pour les cas de prématurité. Et la technique.

Êtes-vous parent ?

Oui.

Pouvez-vous me présenter votre structure : orientation, spécificité, nombre de lits ?

Nous avons 15 lits de REA pédiatrique et néonatal, dont deux lits dédiés aux grands brûlés.

Quel est le profil des enfants pris en charge dans votre unité (âge, parcours de soins, pathologies — thérapeutiques) ?

De la grande prématurité, de 24 SA jusqu'aux adolescents donc 18 ans voire 19 ans, après nous sommes polyvalents, de la Chir. et de la médecine.

Combien de patients avez-vous à charge ?

On se répartit les patients en fonction de la charge du service à chaque prise de poste ça va de 1 à 3.

À votre arrivée dans le service, comment avez-vous vécu les premiers gestes de réanimation ?

Les gestes de réanimation me faisaient peur car je manquais d'expérience dans le domaine. Comment manipuler un prématuré de moins de 500 grammes sans lui faire mal ? Comment s'organiser dans une réanimation ? Comment calculer rapidement les traitements ? On a tellement de questions et peu de temps. Heureusement que j'ai eu mes collègues pour me soutenir.

Quel regard portez-vous sur la réanimation aujourd'hui ?

Aujourd'hui, j'ai toujours une forte montée d'adrénaline et d'angoisse quand je me retrouve face à une réanimation. Être confronté à la mort d'un nourrisson est toujours difficile et la posture est toujours délicate avec la famille. C'est pour cela que j'ai voulu faire la formation de puéricultrice, pour être plus à l'aise et pouvoir prendre en charge des enfants.

En quoi certaines situations de soins vous questionnent-elles toujours ?

L'enfant est toujours source de question car il ne peut pas décider de sa prise en charge, il est dépendant de nos choix et de ses parents. Et je m'en pose encore plus depuis que je suis maman : sur l'acharnement thérapeutique et la qualité de vie des enfants réanimés à tout prix qui finissent complètement dépendants physiquement et intellectuellement.

Avez-vous déjà été confronté à un échec ou un arrêt de réanimation ? Quelles en étaient les circonstances ?

Ne pas réussir à réanimer arrive et il ne faut pas le prendre comme un échec. On ne doit pas se culpabiliser. Et quand ça arrive, il y a l'annonce à la famille et son accompagnement. Ensuite, on prend un temps avec les personnes et on refait le point... C'est bien pour l'ensemble de l'équipe... Après dans mon service, c'est surtout des grands prématurés ou des morts inattendues du nourrisson. J'ai aussi

rencontré des arrêts de soins suite à des séquelles cérébrales trop importantes ou des fins de vie suite à des pathologies chroniques.

Pensez-vous que l'on puisse se préparer aux arrêts de soins ? Comment ?

Je pense que cela dépend de la situation : des fois, cela peut être très rapide et violent pour nous, surtout sur des prises en charge longues. Je me suis parfois attachée à certains patients qui étaient là dans le service et quand ils se sont dégradés vite, je ne m'y étais pas préparée. Ça a été compliqué à gérer... Pour certains enfants, on sait que le projet est palliatif et la prise en charge n'est pas la même. Nous les accompagnons et leurs arrêts de soin sont parfois un soulagement pour l'équipe.

Pouvez-vous me raconter une situation d'arrêt de soin qui vous a marquée ? Et y-a-t-il eu débriefing en équipe ?

Un enfant contaminé au S.H.U. après avoir mangé un steak mal cuit dans un fast food et il n'était pas malade au-delà de ça. Nous l'avons dialysé, mis en C.E.C.... mais il a fait un arrêt cardiaque et nous ne l'avons pas récupéré. J'ai trouvé ça extrêmement dur... Surtout face aux parents qui culpabilisaient énormément... C'était un enfant qui « allait bien » avant de simplement manger cette bactérie... Oui, nous avons eu un staff à la suite de notre prise en charge mais je n'ai pas pu y participer, j'étais en repos.

Pensez-vous avoir développé des compétences particulières à la suite de ce type de situations ?

J'ai appris à mieux me connaître, à trouver mes limites, peut-être à améliorer ma gestion du stress. Après des situations difficiles, l'équipe est plus soudée aussi et ça nous aide pour les prochains réas. Oui, on apprend beaucoup, même si nous aurions aimé que la fin soit différente. Après je ne sais pas si une réa qui se passe bien nous apporte plus ou moins de choses...

Les nouveaux professionnels sont-ils informés et formés sur ces situations ?

Informés, oui, par les cadres ou les autres membres de l'équipe, mais formés non, pas plus que ça et ce serait compliqué à mettre en place, vu que cela dépend vraiment des personnes et de leur ressenti.

En sortant du travail comment arrivez-vous à « décompresser » ? Et à rester soignant ?

En sortant du travail, je ne suis plus soignante... c'est sorties avec les collègues qui sont des copines, des restos. En amoureux, ciné.... En 12 h, on a beaucoup de temps en repos... Cela permet de passer facilement à autre chose. Et pour continuer à rester soignant dans ce type de service, il faut être fait pour ça et trouver son compte dans tous les soins aux enfants et l'accompagnement de leurs parents.

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Non, du tout.

Annexe 5

Grille d'analyse :

IDE Questions	IDE 1	IDE 2	IDES 3
Quel est votre parcours professionnel depuis l'obtention de votre diplôme d'état ?	IDE depuis 20 ans IPDE depuis 19 ans Réanimation néonatale/pédiatrique depuis 18 ans	IDE depuis 10 IPDE depuis 6 ans Réanimation néonatale et pédiatrique depuis 7 ans	IDE depuis 2016 IPDE depuis 2017 Réanimation pédiatrique et néonatale depuis octobre 2017
Depuis combien de temps êtes-vous dans cette unité de soins ?	16 ans	10 ans	5 mois
Quelles sont vos motivations à exercer dans ce service ?	Prendre soin des enfants, quel que soit leur âge dans la période sensible ainsi que des familles	La prise en charge d'enfants, les soins techniques, les surveillances et le travail en équipe	Le relationnel avec l'enfant, l'accompagnement des familles dans les soins techniques
Êtes-vous parent ?	Oui	Oui	Oui
Pouvez-vous me présenter votre structure ?	Réanimation de l'enfant : 18 lits néonataux 6 lits pédiatriques 4 lits de S.I. pédiatriques	Réanimation néonatale et pédiatrique de 12 lits Centre de référence des	Réanimation pédiatrique et néonatale de 15 lits dont deux dédiés aux grands brûlés

	SMUR pédiatrique	accompagnement s de fin de vie	
Quel est le profil des enfants pris en charge dans votre unité ?	Des grands prématurés jusqu'à 18 ans	De 24 S.A. à 18 ans	De 24 S.A. à 18 ans
Combien de patients avez-vous en charge ?	1 à 3, mais généralement 1 ou 2	2 voire 3 patients	1 à 3
À votre arrivée dans le service, comment avez-vous vécu les premiers gestes de réanimation ?	Doublée pendant les premières semaines, Stressé, une fois seule, appréhendait tous les gestes Période compliquée	Des appréhensions, difficulté avec l'accompagnement des familles, s'adapter et passer le relais à une collègue	De la peur au début, beaucoup de questions, soutenue par ses pairs
Quel regard portez-vous sur la réanimation aujourd'hui ?	Plus en plus à l'aise avec l'expérience, mais le stress positif est toujours présent, il permet à l'IPDE de se dépasser	Se pose des questions sur l'encadrement et le soutien des équipes confrontées à des souffrances, sur la prise en charge de la douleur, sur les prises en charge et leurs viabilités dans le temps	Toujours de l'angoisse et du stress, être confronté à la mort d'un enfant est difficile, ont été une motivation à passer la formation de puéricultrice
En quoi certaines situations de soins vous	Questionnement est nécessaire, sur l'impact et la	Bébé en arrêt thérapeutique, maman ayant des	L'enfant ne peut pas être acteur de sa prise en

<p>questionnent-elles toujours ?</p>	<p>nécessité d'une réanimation Savoir quand continuer ou s'arrêter Une difficulté pour les soignants en réa.</p>	<p>addictions, les situations familiales difficiles pour l'intérêt de l'enfant</p>	<p>charge, dépendant du choix de l'équipe et de ses parents. Beaucoup de questions depuis sa parentalité sur l'acharnement thérapeutique et la qualité de vie des enfants réanimés</p>
<p>Avez-vous déjà été confronté à un échec ou un arrêt de réanimation ? Quelles en étaient les circonstances ?</p>	<p>De nombreuses fois, Des nouveau-nés prématurés, des M.I.N., choc septique, polytraumatisé</p>	<p>Oui des grands prémas., des maladies chroniques, les septicémies, les naissances difficiles des enfants nés à terme. Ne le vit pas comme un échec. L'enfant est au centre des décisions, les accompagner. Il faut savoir arrêter les soins pour l'enfant.</p>	<p>Ne pas le prendre comme un échec et ne pas culpabiliser. Il y'a toujours un débriefing après. Surtout des grands prématurés ou des M.I.N. Arrêt de soins suite à des séquelles cérébrales trop importantes ou des pathologies chroniques.</p>
<p>Pensez-vous que l'on puisse se préparer aux</p>	<p>Avec l'expérience et en équipe, la projection permet de</p>	<p>Avec l'expérience, moment de discussion en</p>	<p>Parfois rapide très violent, sur des patients pris en</p>

<p>arrêts de soins ? Comment ?</p>	<p>se dire que l'arrêt de réanimation et possible. Les soignants expérimentés doivent soutenir les autres.</p>	<p>équipe pour parler d'arrêt de soins quand la réanimation devient inefficace. Cela permet d'avoir du recul et de se préparer. Parfois le délai est trop rapide pour se préparer, situation vécue comme violente</p>	<p>charge depuis longtemps. Sur certains projets palliatifs, arrêt de soin vécu comme un soulagement par les équipes.</p>
<p>Pouvez-vous me raconter une situation d'arrêt de soin qui vous a marqué ? Y a-t-il eu débriefing en équipe ?</p>	<p>A.C.R. d'un garçon de 3 ans, non récupéré Pas de débriefing en équipe, nécessaire selon l'IPDE Débriefing souvent informel entre soignants</p>	<p>Leucémie foudroyante sur un enfant de 9 ans, ne savait pas que l'enfant pouvait mourir, choquée et triste, elle a dû passer le relai à ses collègues Pas de retour en équipe, mais soutien de la psychologue du service</p>	<p>Enfant contaminé au S.H.U. dialysé puis en C.E.C. il a fait un arrêt non récupéré. Vécu comme dur, surtout face aux parents qui culpabilisaient Il y a eu un staff, mais elle n'a pas pu y participer.</p>
<p>Pensez-vous avoir développé des capacités et/ou</p>	<p>Cette souffrance professionnelle transformée en</p>	<p>N'en a pas l'impression. Pense que les</p>	<p>À mieux se connaître, peut-être la gestion du</p>

<p>des compétences particulières à la suite de ce type de situations ?</p>	<p>compétences pour mieux accompagner les enfants et la famille. La gestion du stress, la façon de se présenter et de communiquer avec la famille.</p>	<p>compétences s'acquièrent avec le temps et l'expérience. Accepter, être empathique et prendre du recul.</p>	<p>stress ? Renforce l'équipe pour les prochaines P.E.C.</p>
<p>Les nouveaux professionnels sont-ils informés et formés sur ces situations ?</p>	<p>Non, mais équipe et psychologue présentent si besoin</p>	<p>Il y a une période d'intégration et les jeunes diplômés connaissent souvent la réa. C'est le rôle des plus expérimentés d'orienter vers les personnes-ressources.</p>	<p>Les nouveaux professionnels sont informés par les cadres, les autres membres de l'équipe. La formation serait difficile à mettre en place.</p>
<p>En sortant du travail comment arrivez-vous à « décompresser » ? Et à rester soignant ?</p>	<p>Activités diverses (sport, musique...) Contact avec ses proches.</p>	<p>La famille, il faut savoir parler à ses collègues pour pouvoir rentrer l'esprit léger.</p>	<p>Je ne suis plus soignante en sortant du travail. Du temps avec les proches pour passer à autre chose. Il faut être fait pour ça.</p>
<p>Avez-vous quelque chose à ajouter ?</p>	<p>Non</p>	<p>Non</p>	<p>Non</p>

LECLERC Valentin
Promotion 2015/2018

UE 5.6 S6 ANALYSE DE LA QUALITÉ/TRAITEMENT DES DONNÉES
SCIENTIFIQUES ET PROFESSIONNELLES
UE 6.2 S6: ANGLAIS

The pediatric resuscitation stop impact on the caregivers professional practice and exercise

Keywords: resuscitation stop, pediatrics, caregiver, skill

The paediatric resuscitation stop is always a difficult moment for carers performing emergency or resuscitation services. Indeed, the death of a child remains difficult to accept and leaves a feeling of helplessness to the caregivers who experience it. Through this research, I have sought to understand what impact these situations will have on their professional practices and their method. To do this, I confronted theoretical concepts and interview analysis with nurses practicing pediatric resuscitation. As I worked, I tried to understand the exercise in intensive care unit to measure the difficulties. A stop of care or resuscitation remains a source of experience for a complex situation. This experience for caregivers lies at the base of their skills, and transmission of these skills must be at the heart of nursing practice. The results showed a relation between my theoretical concepts and the answers of the professionals however it raised new questions. I think it relevant to approach during in future research the impact of the experiment on the caregivers facing situations of care stoppage.

L'impact d'un arrêt de réanimation pédiatrique sur les pratiques professionnel et l'exercice de l'infirmier

Mots-clés : arrêt de réanimation, pédiatrie, soignant, compétence

L'arrêt de réanimation pédiatrique est toujours vécu comme un moment difficile pour les soignants exerçant dans les services d'urgence ou de réanimation. En effet la mort d'un enfant reste difficile à accepter et laisse un sentiment d'impuissance aux soignants qui l'ont pris en charge. J'ai cherché, à travers ce travail de recherche, à comprendre quel impact ces situations vont avoir sur leurs pratiques professionnelles et leur exercice. Pour ce faire, j'ai confronté des concepts théoriques et l'analyse d'entretiens réalisés auprès d'infirmières exerçant en service de réanimation pédiatrique. Au fur et à mesure de mon travail, j'ai essayé de comprendre l'exercice en réanimation pour en mesurer les difficultés. Un arrêt de soin ou de réanimation reste une situation complexe source d'expérience pour les soignants. L'expérience est pour les soignants à la base de leurs compétences et la transmission de ces expériences doit être au cœur de la pratique soignante. Les résultats ont montré un lien entre mes concepts théoriques et les réponses des professionnels. Cependant, ce travail a suscité de nouvelles interrogations. En effet, je pense pertinent d'aborder, au cours d'une future recherche, l'impact de l'expérience chez les soignants face aux situations d'arrêt de soins.