

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

Frédéric Adnet*, Domitille Normand, Patricia Jabre

Urgences – Samu, Hôpital Avicenne, 93000 Bobigny

*Auteur correspondant : frederic.adnet@avc.aphp.fr

Le paradoxe des urgentistes est de bénéficier d'une image d'Épinal de "chevaliers blancs" sauvant la vie à tout prix et glorifiant "la beauté" de la technicité de la réanimation, alors que le plus souvent ils sont confrontés à l'échec ou à la mort qui est omniprésente. Les conséquences de cette situation sur l'entourage sont peu évoquées alors que plusieurs problématiques se présentent : Doit-on "laisser voir la réanimation" ? Comment "annoncer la mort" ? Quel est l'impact de ces problèmes sur l'équipe soignante ?

Cette problématique comporte plusieurs aspects. En premier lieu, l'attitude vis-à-vis des proches lors d'une réanimation cardiopulmonaire reste très débattue. Il n'existe aucune étude de haut niveau de preuve permettant de recommander une pratique. Finalement, l'éventuelle prévention d'un deuil pathologique est le bénéfice le plus souvent rapporté dans la littérature.

L'attitude des proches vis-à-vis du deuil est caractérisée par une souffrance non pathologique. L'expérience universelle fait état d'un stress adapté d'une part - pleurs, tremblements, tachycardie - et d'autre part, d'un stress dépassé composé de sidération, d'agitation et d'actes automatiques (1).

Le deuil pathologique comporte une phase de dépression avec syndrome de stress post-traumatique puis une phase de deuil non résolu. Les éléments déterminants de cette évolution sont une annonce mal faite, une absence d'annonce claire, l'absence du corps et sa non visualisation, un suicide, la mort d'un enfant et l'isolement des proches.

Les Guidelines 2005 de l'ERC mentionnent bien un bénéfice possible de la présence des proches et de leur participation à la réanimation (2). Mais il n'y a aucune recommandation. En 2010, les Guidelines de l'AHA ont mentionné la nécessité d'apporter un soutien émotionnel à la famille pendant les tentatives de réanimation lors d'un arrêt cardiaque. "En l'absence de documentation mais à la lumière de certaines données suggérant qu'il peut être utile de proposer à des membres sélectionnés de la famille l'opportunité d'être présents pendant la réanimation. Il est donc raisonnable et souhaitable de le proposer sous réserve que, s'il s'agit d'un adulte, le patient n'ait préalablement pas formulé d'objection (Classe IIa niveau C pour les adultes, Classe I niveau B pour les enfants)" (**figure 1**).

Les bénéfices théoriques sont :

1. la prévention d'un deuil pathologique : dépression, stress post-traumatique, deuil compliqué ;
2. une aide à la compréhension de la mort ;
3. la vérification que tout a bien été tenté pour réanimer le patient décédé ;

4. la présence dans les derniers instants d'un être cher (4).

Ces bénéfices sont cependant liés à des risques théoriques tels une interférence avec le déroulement de la réanimation, un traumatisme psychologique des proches, le stress de l'équipe soignante et une possibilité de conflits médico-légaux(5). L'effet psychologique positif d'une réanimation en présence de l'entourage du patient a été décrit dès 1998 lors d'une comparaison entre un groupe de 5 personnes ayant assisté à la réanimation et un groupe de 7 n'y ayant pas assisté. Cet effet positif a été confirmé sur un suivi à 3 et à 9 mois (6).

Concernant les symptômes de stress post-traumatique associé à une présence de proches à l'issue d'un échec de réanimation d'un AC extrahospitalier, une étude incluant 54 proches montre que ce syndrome est plus fréquent chez les proches témoins d'une réanimation(7).

Quant à l'impact de la présence de proche sur les gestes de réanimation, une étude de simulation montre une différence d'administration du premier CEE entre le groupe sans proches et le groupe présence d'un proche : 1,67 min vs 1,77 min (95 % CI). Une différence est également observée sur le nombre de CEE délivrés : 6,0 dans le premier groupe vs 6,5 dans le second. En termes de délais médians d'annonce du décès, l'annonce est faite à 12,95 min dans le groupe sans proches et à 12,96 min dans le groupe présence d'un proche(8).

Dans une autre étude incluant 705 patients pris en charge pour un traumatisme aux urgences pédiatriques dont 283 en présence de la famille et 422 sans présence de la famille un autre jour, le temps médian de 21 min pour un scanner (OR 1,04 ; 95 % CI 0,83 -1,30) et le temps médian de réanimation de 15 min est similaire dans les 2 groupes (OR 0,98 ; 95 % CI 0,83-1,15)(9). L'effet du stress émotionnel sur la qualité de la RCP a été observé dans une étude randomisée sur le mannequin en comparant les performances sous conditions normales à celles réalisées dans une situation de stress émotionnel. Si la durée de la réanimation est similaire (15,5 min vs 15,6 min ; $p = 0,822$) ainsi que la profondeur de la compression thoracique (39 vs 38 mm ; $p = 0,214$) ou le nombre de compressions à la minute (113 vs 116 ; $p = 0,065$), on constate une différence significative en ce qui concerne l'administration du premier CEE : 209 s dans des conditions normales vs 121 s en situation de stress émotionnel ($p < 0,001$).

Un certain nombre de réticences à la présence d'un proche est observé parmi les membres des équipes soignantes. Si, selon une enquête américaine, sur 500 médecins interrogés, 80 % des médecins s'y déclarent favorables pour les adultes (86 % lorsqu'il s'agit d'enfants) ($p < 0,05$), sur 30 infirmières seulement 57 % y sont favorables (83 % pour la pédiatrie). Quant aux autres professionnels de santé, sur 30 interrogés 67 % sont d'accord pour les adultes et 76 % pour les enfants. En dehors des médecins, on observe donc une grande différence entre les autres professionnels de santé selon qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants (11).

À propos des risques médico-légaux, rien n'est décrit concernant une réanimation non efficace, un échec des gestes ou le comportement de l'équipe. Onze plaintes de réanimation excessives (20 %) ont été constatées sur un questionnaire. Mais 39 % des familles (95 %) déclarent avoir compris les efforts et le déroulement de la réanimation (12, 13).

Dans une enquête prospective française auprès des équipes soignantes des Samu-Smur, sur 2 664 réponses analysées 59 % acceptent une présence à la demande d'un proche et 27 % se déclarent prêts à le proposer systématiquement. Les motifs invoqués pour un refus sont le choc psychologique pour les proches (90 %), une perturbation de la réanimation (70 %) et le stress de l'équipe soignante (14).

En 2008, un PHRC national a été lancé afin d'évaluer les conséquences psychologiques d'un décès sur un membre de la famille lorsqu'on lui donne la possibilité d'assister à la réanimation cardiopulmonaire. La randomisation a été réalisée par centres investigateurs, dits groupes "interventions", dans lesquels il est demandé aux proches s'ils veulent assister aux manœuvres de réanimation. Les groupes dits "contrôle" font comme d'habitude (**figure 2**).

L'analyse population en intention de traiter (570 personnes) indique une augmentation significative de la proportion de stress post-traumatique dans le group contrôle (OR 1,7 ; 95 % CI 1,2-2,5 ; $p = 0,004$) ainsi qu'une augmentation significative de la proportion de stress post-traumatique chez des proches n'ayant pas assisté à la réanimation (OR = 1,6 ; 95 % CI 1,1-2,5 ; $p = 0,02$) (**figures 3 et 4**).

Les conclusions de l'étude montrent un effet bénéfique de la proposition de laisser la famille assister à la réanimation en termes de stress post-traumatique et de symptômes d'anxiété et de dépression. La présence de la famille n'a pas d'influence sur le stress de l'équipe soignante, sur la qualité de la réanimation, sur le nombre de recours ou de plaintes (15).

En conséquence, un protocole concernant l'annonce du décès semble nécessaire (figure 5). Il s'agira également d'éviter un débordement émotionnel tel que pleurer avec la victime et d'éviter une culpabilisation du proche. On évitera l'annonce à un tiers et n'invoquera pas la technicité de la réanimation. On évitera une annonce trop brutale et il faudra tenir compte du respect des silences, du déni et de la culpabilité.

Concernant l'impact sur l'équipe, il est nécessaire de tenir compte de la possible réactivation de deuils personnels, d'un décalage entre l'idéal professionnel et la réalité, d'un risque de banalisation des événements traumatiques et de fuite dans la technicité de la réanimation. "Il convient de s'habituer à ne pas s'habituer".

RÉFÉRENCES

1. PRIESTO N, JEHEL L, BELOUCIF S, et al. L'équipe SMUR face à la mort. In: L'urgence et la mort. Actualités en réanimation préhospitalière. Journées scientifiques de SAMU de France 2005. SFEM éditions 2006.p173-83.
2. European Resuscitation Council Guidelines for resuscitation 2005, Section 8. The ethic of resuscitation and end-of-life decisions. Family presence during resuscitation. Resuscitation 2005;67S1:S171-S180.
3. 2010 American Heart Association Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care, Part 3 Ethic. Circulation 2010.
4. NOLAN J; European Resuscitation Council. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 1. Introduction. Resuscitation. 2005 Dec;67 Suppl 1:S3-6.
5. TSAI E. Should family members be present during cardiopulmonary resuscitation. N Engl J Med 2002;346:1019-21.
6. ROBINSON SM, MACKENZIE-ROSS S, CABBELL HEWSON GL, et al. Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. Lancet 1998;352:614-7.
7. COMPTON S, HEARTHER G, MADGY A, et al. Post-traumatic stress disorder symptomatology associated with witnessing unsuccessful out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation. Acad Emerg Med 2009;16:226-9.
8. FERNANDEZ R, COMPTON S, JONES KA, et al. The presence of a family witness impacts physician performance during simulated medical codes. Crit Care Med 2009;37:1956-60.
9. DUDLEY NC, HANSEN KW, FURNIVAL RA, et al. The effect of family presence on the efficiency of pediatric trauma resuscitations. Ann Emerg Med 2009;53:777-84.
10. BJORSHOL CA, MYKLEBUST H, NILSEN KL, et al. Effect of socioemotional stress on the quality of cardiopulmonary resuscitation during advanced life support in a randomized manikin study. Crit Care Med 2011;39:1-5

11. McCLENATHAN BM, TORRINGTON KG, UYEHARA CF. Family member presence during cardiopulmonary resuscitation: A survey of US and international critical care professionals. *Chest* 2002;122:2204-11.
12. DOYLE CJ, POST H, BURNEY RE. Family participation during resuscitation: An option. *Ann Emerg Med* 1987;16:673-5.
13. MEYERS TA, EICHHORN DJ, GUZZETTA CE, et al. Family presence during invasive procedures and resuscitation. *Am J Nurs* 2000;100:32-42.
14. BÉLPOUME V, ADNET F, MAZARIEGOS I, et al. Family witnessed resuscitation: Nationwide survey of 337 prehospital emergency teams in France. *Emerg Med J* 2012;1:1-5.
15. JABRE P, BÉLPOUME V, AZOULAY E, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med* 2013;11:1008-18.
16. JEHEL L, et al. *JEUR* 1999, 4:157-64.