

# 1 La famille aux urgences

Marie-Victoire Chopin

## Les familles au service d'accueil des urgences : quelle place ?

*Toute organisation crée une forme qui engendre ordre et désordre en interne et dans son environnement.*  
Edgar Morin (2008).

« Il n'y a pas d'individus sur terre, juste des fragments de familles », affirmait Carl Whitaker (1998), thérapeute familial américain. Lorsque le patient se présente aux urgences, accompagné de sa famille, cet adage se vérifie aisément. Objectivement, l'admission d'un patient dans un service d'accueil des urgences (SAU) est une source de stress importante autant pour l'intéressé que pour les accompagnants. Les flux de nouveaux arrivants, les délais d'attente et de prise en charge, le manque d'information aggravent les tensions au point de générer des conflits, de susciter des manifestations d'agressivité verbale et/ou physique. La spécificité de travail aux urgences fait objet de réflexion de la part des professionnels de terrain depuis de nombreuses années. Néanmoins, une simple observation de la relation patient-accompagnant sera une source précieuse de renseignements sur le contexte familial dans lequel le patient évolue, sur la qualité des ressources psychiques sur lesquelles il pourrait s'appuyer et sur le sens même du symptôme, au-delà de la réalité somatique. Ainsi, la fragilité de l'environnement familial transparaîtra à travers une inquiétude intense et le sentiment de culpabilité, éléments souvent déterminants dans la prise en charge en aiguë et en soins continus.

L'accueil des familles accompagnant les patients aux urgences est intéressant à bien des égards, mais nécessite une formation et de l'expérience. La qualité de cet accueil influencera directement l'adhésion du patient au projet thérapeutique proposé par l'équipe et, éventuellement, le travail de deuil et d'adaptation qui se mettra en place à l'annonce du diagnostic plus ou moins favorable.

L'équipe a pour habitude de voir en la famille une source inestimable d'informations dans bon nombre de cas graves, portant notamment sur l'heure et les circonstances dans lesquelles l'épisode aigu est survenu, les

données sur son état de santé antérieur et le contexte de vie plus large nécessaire à l'évaluation de la situation médicale. Cependant, la famille se présente aux urgences pour soutenir un de ses membres dans un moment de vulnérabilité physique et/ou psychique. La présence d'un proche ou d'une personne de confiance favorise la coopération du patient et l'aide à accepter les soins, en permettant de se laisser porter par l'équipe de professionnels.

## Cadre d'accueil

Le cadre d'accueil des familles en salle d'attente ou en salle des soins doit être réfléchi et organisé en amont. Il demande du temps, de la disponibilité, du personnel et une bonne maîtrise des gestes techniques de communication et de médiation. Si les accompagnants patientent dans la salle d'attente, il est préférable qu'un seul membre de l'équipe de soins reste leur interlocuteur privilégié afin qu'une relation de confiance puisse s'instaurer. Il est nécessaire d'installer confortablement la famille dans la salle d'attente et de lui délivrer des informations nécessaires à la compréhension du parcours de soins du patient, des délais d'attente, des différents intervenants et, s'il y a lieu, des démarches administratives. Cela peut être aussi le moment de recueillir la parole de la famille, ses craintes et ses émotions.

Le cadre d'accueil et la disponibilité du personnel offrent un espace psychique contenant, favorisant l'élaboration de la demande et le raisonnement apaisé. Prévoir un espace d'attente suffisamment grand, chaleureux et confortable, informer le patient et sa famille dès l'accueil de tri sur la durée d'attente, matérialiser les parcours avec un code couleur ou à l'aide des écrans dans un souci de transparence : ces actions permettent déjà d'apaiser les arrivants. La posture du personnel paramédical est cruciale, l'entretien infirmier est d'une durée brève mais est construit en tenant compte de la famille, il améliore les conditions psychologiques de l'attente. Dans les cas lourds, il est nécessaire de disposer d'un box libre qui préservera l'intimité de la famille et lui permettra de patienter à l'abri des regards.

Il convient d'anticiper la présence des enfants mineurs parmi les accompagnants en réfléchissant à un espace spécialement équipé : table de dessin, jouets, livres et brochures expliquant simplement la venue au SAU et le déroulement des soins. L'accueil d'un enfant mobilisera davantage le personnel mais, contrairement aux idées reçues, il ne sortira pas forcément traumatisé de cette expérience : les mots bien pensés et posés justement par les soignants l'aideront à contenir ses inquiétudes et à élaborer son vécu.

Si un des membres de famille accompagne le patient jusqu'à la salle des soins, il est indispensable de lui attribuer un rôle précis : reconforter, rassurer, avec une possibilité de se retirer en fonction de son état émotionnel.

Récemment, un nouveau métier a émergé à l'hôpital, celui d'infirmier assistant d'accueil des familles.

Suffit-il pour autant d'assurer un accueil professionnel et bienveillant, en délivrant les informations indispensables ? Les vignettes cliniques présentées ici montrent toute l'ambivalence des patients et de leurs familles, qui se révèlent plus tard, lors de la prise en charge continue. Gregory Bateson (1984) affirmait que la communication est un processus pluriel permanent : c'est probablement cette pluralité qui nous échappe tant sur le plan digital qu'analogique pendant de brefs échanges et des moments d'observation. Penser un protocole accepté par les équipes et permettant une consolidation des informations recueillies par tous les soignants peut s'avérer très utile dans ce sens. On pourrait s'attendre à une modification de comportements et de communication face aux soignants, parfois fantasmés comme investis d'une fonction normative. Cependant, « les membres d'une famille ne peuvent pas ne pas communiquer entre eux ou ne pas répondre. Si l'un parle à l'autre, et que celui-ci ne répond pas, c'est quand même une réponse réelle et signifiante » (Jay Haley, 1995). La crise que représente la maladie et que la famille traverse rend saillants les liens intrafamiliaux, la nature des alliances affectives, les modèles de communication, voire, pour une oreille et un œil entraînés, une véritable mythologie fondatrice et porteuse de règles plus ou moins souples et viables. Il ne faut pas non plus oublier que « l'impasse et la pathologie du patient deviennent l'occasion d'une réorganisation affective et comportementale du groupe familial » (Maurizio Andolfi, 2002). Alors, l'intervention des soignants peut aussi se révéler réparatrice pour une famille en crise.

## Le symptôme : à quoi sert-il ?

Du point de vue de l'école de Palo Alto, il est intéressant de comprendre la place que la pathologie ou, en tout cas, le cortège des symptômes manifestes, occupe dans l'économie systémique familiale. Dans certains cas, il semblerait que le patient décompense juste au moment où les tensions intrafamiliales deviennent insupportables. En tant que membre le plus sensible, il sera pointé du doigt, ce qui « arrangera » tout le monde, il supportera les tensions, alors que sa souffrance résulte des difficultés des autres, elle retentit sur le groupe familial. Compte tenu d'un tel contexte de crise familiale, la question suivante se pose : à quoi sert le symptôme ? On pourrait dire que la maladie sert alors au malade à s'adapter à la pathologie familiale. Tout de même, sans s'aventurer dans la recherche du lien causal entre le symptôme et le dysfonctionnement familial, on pourrait dire que bien des décompensations servent de prétexte aux familles pour se réunir ou se séparer, pour se parler ouvertement ou se protéger mutuellement.

Timothée souffre d'un trouble de la personnalité schizo-affective, dont les premières manifestations visibles pour l'entourage correspondent au moment où il quitte la maison pour faire ses études supérieures. En retrait, il semble très sensible à la séparation et aux conflits qui menacent la solidité du couple parental. Ultérieurement, chacune de ses hospitalisations est associée au passage par le SAU et survient dans un contexte de crise conjugale majeure, la décompensation de Timothée obligeant les parents à se réunir à son chevet.

Dans une lecture systémique, le symptôme s'installe comme une solution au problème existant. Ainsi, comprendre la fonction du symptôme amène une lecture différente de la plainte initiale. Au début, la demande concerne souvent une seule personne dite « patient désigné », pointée par l'ensemble de la famille comme celle « qui a des problèmes ». Les autres membres de la famille ne se sentent pas immédiatement concernés et n'expriment pas le besoin d'être aidés, mais le professionnel averti s'apercevra de la souffrance induite par le symptôme et par les aménagements qu'il nécessite. Essayer de répondre avec la famille à la question « à quoi sert le symptôme ? » permet de fédérer la famille autour de la recherche des solutions créatives et innovantes. Il est par conséquent important d'examiner la demande de près, car ce n'est pas la même chose que d'« avoir » un symptôme ou que d'être confondu avec le symptôme dans le discours familial. Si, dans le premier cas de figure, le patient porteur du symptôme en souffre et demande de l'aide pour lui, dans le second cas, le symptôme de l'un est un prétexte pour les autres à formuler leur demande et à entrer dans une relation « thérapeutique ».

Qu'il s'agisse d'un accueil urgent en psychiatrie ou en médecine somatique, le fait de trouver un temps d'entretien conjugal ou familial, même a posteriori, aidera à construire un protocole de prise en charge personnalisé du patient, où les facteurs de protection et les obstacles à l'observance thérapeutique seront pris en compte. En effet, une lecture systémique de la plainte permettra de s'ajuster à la demande, de favoriser l'émergence du sentiment d'être écouté et accompagné chez toutes les personnes présentes, de privilégier, si nécessaire, l'autonomie du patient ou, au contraire, de contenir son angoisse, de désamorcer les conflits potentiels et d'anticiper l'évolution du patient dans les unités de soins concernées.

## **Contenir les émotions, interpréter la demande**

Les émotions et les réactions du patient, qui se sent entouré et protégé, se trouvent ainsi mieux contenues et élaborées, ce qui constitue une aide pour l'équipe avançant vite et avec précision. La présence de la famille est d'autant plus intéressante pour les patients adultes qui souffrent des pathologies

ayant débuté durant l'enfance ou l'adolescence et qui ont pour habitude d'être accompagnés par leurs parents. Il n'est pas toujours aisé pour cette population d'opérer la transition du service pédiatrique vers un service pour adultes, notamment en raison d'une temporalité différente, de l'absence d'espaces transitionnels remplis de supports explicatifs, d'objets-doudous, alors que la cadence de prise en charge s'accélère et s'axe essentiellement sur le corps. La fonction de contenance psychique de la personne accueillie dans un service pour adulte semble acquise, ce qui permettrait théoriquement au personnel de se focaliser sur la pathologie à diagnostiquer et à traiter. Par ailleurs, une longue expérience de soins impliquant potentiellement des protocoles d'éducation thérapeutique attribuée au patient et à sa famille le statut de « sachants ». Ces facteurs expliquent les réactions d'inquiétude massive, de questionnement et de critiques, ou même d'agressivité plus ou moins exprimée, allant jusqu'à un rejet du projet de prise en charge proposé.

Maelys a bénéficié d'un suivi en pédopsychiatrie depuis plusieurs années jusqu'à ce qu'elle atteigne ses 17 ans. Son service habituel étant débordé par la demande, elle est orientée vers le SAU adulte dans le contexte d'une décompensation maniaque, pour une évaluation et une hospitalisation immédiate dans le service de psychiatrie adulte. La jeune fille est accompagnée par ses deux parents qui parlent à sa place, ce qui ne suscite pas d'étonnement compte tenu de son niveau d'agitation. Cependant, lorsque leur fille est admise en hospitalisation, les parents refusent de la quitter et assurent sa garde 24 heures sur 24 en dormant près de son lit à tour de rôle. Ils comparent sans arrêt le fonctionnement du service et le protocole de prise en charge au cadre de soins habituels en pédopsychiatrie. L'équipe se sent blessée par ces commentaires et une démotivation se fait sentir, alors que l'attitude des parents qui contrôlent toutes les propositions médicales n'inspire pas de confiance à leur fille et ne permet pas au projet de prise en charge d'aboutir. Malgré l'inquiétude très compréhensible des parents face aux troubles de leur fille, Maelys ne dispose pas d'autonomie suffisante pour investir ses soins et s'approprier sa maladie. La jeune fille sort contre avis médical au bout de quelques jours.

Les indices menant à ce type de situations peuvent être repérés lors du passage aux urgences, alors que le cadre d'accueil immédiat et ultérieur doit être posé lors de l'entretien familial pour anticiper l'effet de « douche froide ». L'agressivité masquant une angoisse massive de la famille, prise dans une sorte de traumatisme vicariant à la vue d'un des siens en souffrance, peut et doit être désamorcée par une posture d'écoute active, témoignant de la capacité de l'équipe à entendre la demande et la souffrance collatérale au trouble. Le fait d'anticiper les difficultés en fournissant des explications, de reformuler les dires du patient et de sa famille participe à la construction d'une alliance thérapeutique réussie.

Cependant, la réalité peut s'éloigner de cet idéal. Il n'est pas rare qu'un proche endosse le rôle d'un porte-parole du patient afin d'obtenir plus rapidement un examen complémentaire, une place dans un service d'hospitalisation. Certains font preuve de réactions ambivalentes, satisfaits et soulagés de confier « le fardeau » à l'équipe. D'autres encore sont très inquiets, leur état « contaminant » en miroir le patient : il est d'autant plus pénible de lire l'angoisse de mort dans les yeux de ses proches, alors qu'on se questionne soi-même sur son sort. De ce fait, il est indispensable que la présence d'un accompagnant soit proposée et non imposée. Il est d'autant plus vital d'évaluer rapidement les ressources de l'accompagnant que la souffrance et l'angoisse de son proche provoquent un stress important. Alors, plutôt que faciliter la prise en charge, l'accompagnant risque de perturber les soins et doit en conséquence patienter dans un espace serein.

Outre la détresse causée par une décompensation psychiatrique ou/ou somatique, le milieu de soins peut être perçu comme étranger et hostile ou, au contraire, comme un tiers « salvateur ». La réalité observable n'est ni simple, ni inscrite dans une causalité linéaire et il est aussi possible d'assister à des manifestations de peur d'intrusion lors des soins corporels que d'offrir involontairement un espace où une problématique différente sera évoquée sous couverture de la demande des soins somatiques. La douleur corporelle n'est-elle pas un ticket d'entrée pour exprimer une souffrance psychique masquée ? La plainte acquiert alors une tonalité toute différente où le patient cherche à survivre à sa propre famille ou plutôt à l'idée qu'il s'en fait (Elkaïm, 2014). L'admission aux urgences peut devenir une opportunité de faire entendre sa souffrance au reste de la famille, son épuisement, l'impression de ne pas être à sa place ou de ne pas en avoir une, le sentiment d'être pris dans un étau d'attentes fantasmées et de projections réciproques.

La famille peut aussi être absente, mais cette absence prendra corps dans le discours du patient. Certains ne voudront pas déranger, d'autres encore se complairont dans l'autodénégation et l'autodestruction, non dénuées d'une certaine agressivité d'allure mélancolique, alors que, pour certains, ce sera une occasion de confier enfin un secret lourd : on peut assister à la révélation des abus sexuels intra- et extrafamiliaux ou encore des violences conjugales. Il est alors important de recueillir les dires du patient, sans pour autant penser ou agir à sa place. Pour le soignant, c'est la parole du patient qui primera ; néanmoins, il s'agit de respecter et de favoriser son autonomie et sa demande personnelle dans une démarche éventuelle. Dans certains cas, face à de telles révélations, les professionnels risquent de quitter leur place d'accompagnant et d'engager un protocole de prise en charge que le patient ne se voit pas encore en mesure d'accepter et d'assumer. Les professionnels se voient alors engagés dans une sorte de triangle relationnel, dit triangle de Karpman, où ils se saisissent du rôle de sauveur, sans pour autant avoir une visibilité sur

les personnalités et les rôles respectifs de la victime et du persécuteur. Dans certaines organisations relationnelles pathologiques, un effet inverse à celui qui a été désiré peut se produire. Le sauveur volant au secours de la victime présumée devient à son tour le persécuteur pour son bourreau. Celui-ci devient victime à son tour, alors que la victime initiale tentera de le sauver en réponse aux agissements de l'ancien sauveur. Cet imbroglio est parfois observé dans la prise en charge des victimes des violences conjugales qui, après des soins prodigués, reviennent... vers leur agresseur, à la grande déception, voire, à la colère des soignants qui s'en sont occupés. En effet, lorsqu'une relation duelle devient source de tensions et de conflits, il devient tentant d'y introduire un élément tiers (une personne, une équipe, une institution, etc.) pour stabiliser et préserver la pérennité du système. Le tiers risque de se voir rapidement triangulé. Allié à l'une des parties, il vient ainsi discréditer l'autre, mais lorsque la relation duelle entre deux partenaires est mise en danger par la nécessité du changement, ceux-ci s'unissent contre le tiers.

Au moment d'annoncer à la famille le motif d'admission, minimiser ou nier la gravité des troubles, se faire accompagner par une personne de confiance étrangère à la famille, sont des situations qui doivent immédiatement alerter l'équipe.

Elena fait une intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) impulsive dans un contexte de surconsommation d'alcool. Le motif serait lié à une réactivation de la mémoire traumatique, avec des flash-back de l'abus sexuel qu'elle aurait subi dans l'enfance. Immédiatement après l'ingestion des médicaments, elle contacte sa meilleure amie qui se présente chez elle et déclenche la procédure de prise en charge. Aux urgences, les soins sont efficaces et réalisés à temps, et Elena passe au total cinq journées en réanimation. Au cours de sa prise en charge, elle demande à sa meilleure amie de contacter sa famille pour informer de son hospitalisation « sans l'inquiéter ». Les faits sont à tel point minimisés que la famille découvre la réalité quelques jours plus tard, en rendant visite à Elena à l'hôpital.

Plus tard, au cours d'une prise en charge familiale, Elena avouera d'avoir été très satisfaite de toute l'attention dont elle avait fait objet aux urgences et en réanimation : « j'ai senti qu'on me voyait enfin. » Les échanges familiaux relèvent une incapacité fondamentale de s'écouter et surtout d'entendre les demandes des uns et des autres notamment lorsqu'il s'agit des plaintes particulièrement angoissantes. Durant la séance, la famille d'Elena banalise sa tentative de suicide, ainsi que les faits qui ont eu lieu dans l'enfance, ce qui suscite beaucoup de colère chez la jeune femme. Elle se sent invisible, incomprise et abandonnée.

Denis Vallée souligne que les familles des patients suicidants envisagent l'individuation, la différenciation et l'autonomisation comme une mise à mort inconsciente de l'unité familiale (Vallée, 2008). Il interprète la mort comme un symptôme dont la fonction serait de préserver la structure homéostatique des familles qui ne peuvent ni disparaître, ni s'adapter à ce monde sans cesse changeant (Vallée, 2008).

## Proposer et ne rien imposer

Lorsqu'il est possible de recueillir la parole du patient, il est utile de lui demander s'il souhaite se faire accompagner pendant l'entretien médical, les examens cliniques et les premiers soins et par qui. Étonnamment, cette étape est souvent omise. Deux extrêmes sont possibles :

- l'un où le médecin invite les accompagnants à choisir eux-mêmes celui qui suivra le patient et cela par-dessus la tête de la personne concernée par les soins ;
- l'autre où l'équipe interdit aux accompagnants d'accéder au box d'examen, sans que l'urgence médicale et la nature des soins à prodiguer le justifient.

L'idéal serait de recueillir les accords de toutes les parties, notamment lorsqu'il s'agit de deux parents et des conjoints. Il peut être délicat de demander au patient de choisir entre ses parents alors que le conjoint pourrait aussi s'effacer en leur cédant la place, sauf s'il s'agit d'un motif obstétrical. Il serait à ce moment-là préférable, en fonction du contexte médical et du cadre sanitaire, d'envisager une visite à tour de rôles dans le box de soins. En psychiatrie, il est indiqué de faire un entretien systématique avec le patient seul et avec sa famille.

L'art de construire les premiers échanges lors de l'accueil consistera à éviter d'embarrasser le patient et de faire vivre aux accompagnants devant patienter dans la salle d'attente le sentiment de rejet et les fantasmes d'ingratitude de leur proche. Il n'est pas rare que les parents et les conjoints cumulent des rôles importants auprès de la personne malade : porte-parole, infirmier, policier, etc. Le refus de leur laisser suivre le malade peut être vécu comme une non-reconnaissance de leur place privilégiée et de leur savoir sur la personne et la maladie du patient. Si, pour des raisons médicales, il est impossible d'admettre les proches près de la salle des soins, il convient d'envisager un accompagnement bref par un infirmier dans la salle d'attente ou encore de les inclure au débriefing à la fin de la prise en charge, une fois les mots posés avec le patient.

En fonction de la nature des troubles et des circonstances de leur survenue, le patient serait plus ou moins prêt à partager son vécu et les détails de ce qui se passe pour lui avec les membres de sa famille ou même les personnes de confiance. Il ne pourrait pas forcément s'autoriser à manifester son ressenti authentique en présence d'une personne qui elle-même serait