

*« Serre chacun contre ton cœur comme s'il était un membre de ta propre  
famille, cela seul est digne de l'être humain. »*

# **PLAN DU MEMOIRE :**

## **❖ Introduction**

- Cheminement vers le choix du sujet.....p 1-2

## **❖ Matériels et méthode**

- Mots clefs.....p 3-4
- Moyens de recherches documentaires.....p 5
- Observations de stage.....p 6-8
  - Stage dans un service des urgences de X en juillet 2000
  - Stage dans un service de gynécologie de Y accueillant les urgences en octobre-novembre 2000
- Entretiens.....p 9-10
  - Réalisation de la grille
  - Réalisation des entretiens
  - Temps de lecture
  - Analyse
    - ◆ Points communs
    - ◆ Spécificités

## **❖ Analyse..... p 11-14**

## **❖ Commentaire d'analyse..... p 15-20**

## **❖ Synthèse.....p 21-35**

## **❖ Conclusion..... p 36**

## **Bibliographie**

## Annexes

- Article de magazine : « Urgences : démarche qualité ».....p I
- Article de magazine : « L'accueil d'un enfant, écueils et paradoxes ».....p II
- Reportage vidéo : « chronique d'été d'un service d'urgences ».....p III
- La charte du patient hospitalisé.....p IV
- La charte de l'enfant hospitalisé.....p V
- Législation du secret professionnel.....p VI
- Circulaire relative au secret professionnel.....p VII-VIII
- Législation de l'hospitalisation sans consentement.....p IX
- Grille d'entretien.....p X
- Entretiens avec des professionnels.....p XI-XXI

# **INTRODUCTION**

J'ai choisi ce thème, car lors des différents stages que j'ai effectués durant ma formation, j'ai souvent entendu les personnes hospitalisées et ceux qui l'accompagnent, dire que le passage aux urgences était long et surtout l'attente avant d'être vu par un médecin. Les familles sont souvent très inquiètes de ne pas connaître le diagnostic tout de suite. Elles sont angoissées par l'ignorance. Les informations, selon eux, ne sont pas claires voire incomplètes. Ils viennent demander des renseignements aux infirmières, mais le plus souvent elles n'osent rien dire de peur de trahir le secret professionnel : article L.481 du code de la santé publique, article 226, alinéas 13 et 14 du code pénal (cf. annexes VI ). Elles les renvoient aux médecins, aux internes : le temps est long avant de pouvoir obtenir un rendez-vous ou le moindre renseignement. Ils disent que c'est troublant, inquiétant car ils ne savent rien et aimeraient connaître ce dont souffre leur parent.

Certains venaient me demander des renseignements, mais j'étais moi aussi dans l'incapacité de fournir une information, par manque de données sur le patient, sur la maladie et aussi par peur de trahir le secret professionnel. J'étais dépourvue et je me sentais mal à l'aise par ce manque de connaissances et de savoir-faire. Nous sommes, la plus part du temps, obligé d'éluder les questions, d'y répondre de façon biaisée, très superficiellement pour cacher notre propre ignorance.

Nous ne savons pas bien que répondre, de peur de faire du tort aux familles ou le contraire : de donner de fausses espérances. La communication est altérée car nous avons l'impression de ne pas donner ce que souhaite exactement la famille. Cela ne va pas dans le sens de la continuité des relations sociales et familiales dont nous devons être garants. Les familles ont le sentiment d'être mises à l'écart, d'être isolées, de ne pas être considérés ce qui va à l'encontre du confort psychique de la famille que nous devons assurer. Il faut être vigilant : cet état d'angoisse ne doit pas se répercuter sur la personne soignée.

Lors de ces situations, des questions se soulevèrent : Comment accueillons-nous ces familles ? Que recherchent-elles ? Comment et que leur répondre ? Sur quelle cible sont les informations ? Quel est le discours infirmier ?

De plus, étant secouriste depuis de nombreuses années à la Croix Rouge française, j'ai été face à des situations d'urgence, où la famille est présente, se pose et nous pose beaucoup de questions. Elle est désemparée et perturbée par les événements qui lui arrivent. Dans ces cas également, nous ne pouvons pas donner d'informations. De plus, travaillant le plus souvent sans médecins, le diagnostic et le pronostic peuvent être très approximatifs rendant l'information fournie encore plus incertaine. Les équipiers secouristes sont formés à prise en charge uniquement de la victime mais pas de son entourage. Ils ne sont d'ailleurs pas en nombre pour se charger simultanément de ces deux impératifs ; la famille n'en est que moins informée et plus revendicatrice. A son arrivée aux urgences, elle est donc déjà en quête

d'informations supplémentaires avant même que l'équipe médicale n'ait eu le temps de les recueillir.

C'est ainsi que je me suis posé la question suivante : « Quelles sont les informations données par l'infirmière à l'entourage d'une personne se présentant aux urgences ? »

J'ai donc posé cette question à des infirmiers et infirmières d'un service d'accueil et d'urgences, ainsi que d'un service de gynécologie accueillant les urgences. A l'aide de leurs témoignages analysés en fonction de leurs points communs et de leurs spécificités, je tenterai d'y répondre et d'apporter mon point de vue sur quelques solutions aux problèmes que soulève cette question.

# **MATERIELS ET METHODE**

## **1. Mots clefs :**

J'ai commencé mon travail de fin d'études par la recherche et la définition de mots clefs relatifs à mon thème et d'entamer ainsi une réflexion, selon mes propres définitions.

**Accueil** : - « Manière de recevoir quelqu'un, de se comporter avec lui, quand on le reçoit ou quand il arrive ». (Petit Robert, 1989)

Selon moi, il s'agit d'être à l'écoute des dires, des détresses, de donner des informations au patient et à ceux qui l'accompagnent. C'est, aussi, pouvoir expliquer les soins, les lieux, le mode de fonctionnement de l'hôpital, du service. C'est pouvoir être là quand les personnes en ont besoin.

**Urgence** : - « Nécessité d'agir vite » (Petit Robert, 1989)

A mon avis, l'urgence est une imprévue. C'est l'élément qui va faire accélérer les choses, le temps. Cela précipite le quotidien d'une personne et de son entourage. L'urgence, lorsqu'elle prend place dans un service, est prioritaire mais ne doit pas mettre de cotés les autres activités. L'urgence renverse l'organisation mais pour une courte durée. Lors d'une assistance, l'urgence est double : « pour le sauveteur il s'agit d'une situation pathologique grave devant être traitée immédiatement ; pour la victime, le malade, il s'agit d'une situation insolite justifiant un appel au secours » (M. GOULON, 1984).

**Information** : -« Action de donner connaissance d'un fait ; Renseignement, documentation sur quelqu'un ou quelque chose. » (Dictionnaire Universel Francophone, 1997)

Pour moi, l'information c'est donner, sans rien attendre en retour. L'information facilite l'échange et met en place la communication. Elle permet la mise à jour de nos connaissances, de nos acquis. Etre informé, c'est rester ouvert d'esprit, être dynamique, c'est être moins déstabilisé face à une nouvelle situation.

**Famille** : - « Ensemble de personnes formé par le père, la mère et les enfants. Ensemble des enfants issus d'un mariage. Ensemble de toutes les personnes ayant un lien de parenté. » (Dictionnaire Universel Francophone, 1997)

Selon moi, la famille a un sens très large. La famille est le lien de sang mais aussi un lien d'amitié, d'amour très fort. C'est l'Etre qui choisit sa famille. Pour certains, cela reste traditionnel mais d'autres, non. Nous pouvons choisir sa famille.

**Entourage** : - « Ce qui entoure pour protéger, orner, etc. Ensemble des personnes qui vivent habituellement auprès de quelqu'un. » (Dictionnaire Universel Francophone, 1997)

Parfois, à mon avis, l'entourage est synonyme de famille. Pour certains, l'entourage comprend essentiellement les amis, les voisins, le quotidien.

**Connaissance** : - « Fait de connaître une chose, fait de savoir qu'elle existe. » (Dictionnaire Universel Francophone, 1997)

Selon moi, la connaissance a un double sens : les acquis, le savoir et le fait que l'on soit en relation avec une personne. Dans le deuxième cas, les liens sont moins forts et moins intenses. La connaissance, en tant que savoir, est illimitée et diverse selon les personnes. La connaissance peut être lourde à porter comme par exemple, la connaissance de l'état grave de quelqu'un, de sa maladie...Parfois cette connaissance est si lourde qu'elle est déniée soit par la personne concernée, soit par son entourage.

## **2. Moyens de recherches documentaires :**

J'ai effectué diverses recherches documentaires pour obtenir des informations sur le thème choisi.

J'ai utilisé comme base documentaire :

- Lectures d'articles : « sciences et avenir », « l'infirmière magazine »...
- Recherche de documents sur Internet : site infirmier, étudiants infirmiers...
- Références au cours de première année sur la législation du secret professionnel.
- Note de service du centre hospitalier de X relative au secret et à la discrétion professionnels.

### **3. Les observations de stages :**

Afin de pouvoir me faire une idée sur ce thème, j'ai pu effectuer deux stages l'un dans un service d'urgences et le deuxième dans un service de gynécologie accueillant les urgences.

J'ai effectué mon stage optionnel d'été, avec en tête l'idée de réaliser mon travail de fin d'étude : sur « l'accueil aux urgences ». J'en ai donc profité pour observer la façon dont les professionnels des urgences accueillaient la personne et sa famille. J'avais comme objectif d'accueillir un patient depuis son entrée jusqu'à sa sortie ou bien jusqu'à son transfert dans un service. Je lui prenais l'identité, réalisais les soins, appelais les services pour obtenir une place... J'ai pu alors être confrontée aux familles dans diverses situations, accompagnée ou accompagnant un(e) infirmier(e), observer et discuter de leur façon de faire pour accueillir la famille. La méthodologie de mes observations est simple, il s'agit de situations, de conversations qui m'ont frappé ou que j'ai vécu seule ou accompagnée. Ces observations ont été réalisées tout au long de mes journées de stage en fonction des arrivées sans sélection particulière et dans tous les lieux fréquentés par les personnes et/ou les familles (dans les « boxes », dans la salle d'attente, dans la salle d'examen de gynécologie...)

Puis au retour de stage, il m'a fallu limiter ce sujet, qui était trop vaste. Je souhaitais parler des familles accompagnant leur proche aux urgences. C'est ainsi que, de l'accueil d'une personne aux urgences, je suis passée à l'accueil de la famille et plus particulièrement, à l'information transmise à ces familles. Le stage en gynécologie m'a permis d'obtenir des éléments supplémentaires et un autre point de vue sur le sujet.

#### **➤ Observation dans le service des urgences de X en juillet 2000 :**

J'ai effectué mon stage optionnel dans un service d'urgences à X et j'ai pu constater ces situations. Il est difficile de bien se consacrer à l'accueil d'une personne en détresse et de sa famille, surtout lorsque nous avons peu de temps. L'attente aux urgences est traitée de façon à ce que les personnes ne patientent pas trop, mais il est laborieux de prédire la durée d'attente, car une situation d'extrême d'urgence peut survenir à tout moment et occuper une bonne partie du personnel soignant. Les gens ne comprennent pas forcément cette longue durée. Leur stress, leurs réflexions peuvent mettre mal à l'aise le soignant. Cela peut nuire à un bon accueil car le soignant est déstabilisé.

Les familles doivent attendre dans une salle, pendant que le médecin examine le patient dans un « box ». L'inquiétude, dans cette salle d'attente, est très présente, l'atmosphère est lourde d'interrogations, de peurs, d'incompréhensions... Certains ne peuvent rester sur place et essayent d'obtenir une bribe de conversation, d'information sur l'état du patient. Je pouvais voir parfois une moitié de visage à travers la fente de la porte coulissante, par cette action, ils espéraient pouvoir comprendre la situation.

La situation est plus difficile lorsque la famille n'arrive pas en même temps que le patient, lorsqu'elle est avertie par quelqu'un d'autre : l'employeur, le directeur ou le moniteur de centres aérés... Elle arrive donc perturbée, affolée car la plupart du temps elles n'ont pas compris ou entendu ce que l'interlocuteur leur a dit. En effet, le fait de savoir qu'un proche est

à l'hôpital, les isole : elles n'entendent souvent pas le reste de la communication. Elle s'imagine les choses les plus horribles.

Je me souviens d'un parent, qui après avoir vu son enfant, me disait : « Ouf... Je pensais que c'était plus grave. Je n'avais pas bien compris ce que l'on m'avait dit. », « On se fait toujours des montagnes pour rien ! »

D'autres se plaignent car ils veulent rester à côté de leur parent, mais parfois il n'est pas possible : par manque d'espace et pour des raisons de confidentialité de l'entretien médical. Les familles peuvent entrer une fois l'entrevue réalisée. Cela permet à la personne de se sentir moins seule et sécurisée. De plus, le temps passé à attendre un examen ou son résultat, est mieux vécu.

Cependant, lors de situations plus graves où le pronostic vital est mis en jeu, il est difficile de répondre à la famille et de la laisser à côté de leur proche souffrant. Une incompréhension fait place et c'est tout à fait légitime de leur part. Ils s'interrogent et s'inquiètent, de plus en plus. A ce moment là, il est difficile pour le soignant de trouver des mots justes et adaptés.

➤ **Observations dans le service de gynécologie de Y accueillant les urgences en octobre-novembre 2000 :**

Dans ce service, les urgences sont « différentes ». En effet, les personnes arrivent souvent seules. Elles viennent parfois après leur consultation auprès d'un gynécologue, qui décide de l'hospitalisation ou de la nécessité de faire des examens. Nous pouvons dire qu'il s'agit d'urgence car c'est un moment inattendu par la personne et qui va bouleverser son quotidien. La famille n'est pas présente sur le moment. Dans la plupart des cas il s'agit d'urgences chirurgicales (par exemple une grossesse extra utérine) et lorsque la situation est grave, les personnes sont directement envoyées au bloc opératoire. Dans ces moments là, l'équipe ne fait qu'entrapercevoir la personne et donc n'ont pas toutes les ressources et les informations à leur disposition. Puis la situation redevient « non-urgente », commune et habituelle à tous les services et n'a donc plus attrait à mon sujet. Pour le peu de personnes aperçues, les informations et les inquiétudes des familles et de l'entourage sont les mêmes, mais avec parfois, pour certains cas, une notion de pudeur peut être liée à la nature des problèmes. L'inquiétude est plus grande lorsqu'il s'agit d'une femme enceinte. Elle provient aussi bien de cette femme, que du futur papa ou des futurs grands-parents. La famille les accompagnant est le plus souvent majoritairement voire exclusivement féminine.

En ce qui concerne la prise en charge aux urgences gynécologiques, les personnes semblent moins attendre. Cela est peut-être dû, au fait qu'il y ait moins de monde au même moment. Mais la difficulté y est présente pour l'infirmière qui, si elle est seule, doit laisser ses soins en cours dans le service pour venir prendre soins de la personne.

Le temps d'attente des résultats est le même que dans un service d'urgence. Par contre, les examens comme l'échographie... se réalisent plus rapidement, car l'ensemble des appareils est sur place et ce sont les médecins qui les réalisent.

La famille attend moins ou paraît plus patiente ? Peut-être est-ce en rapport avec le fait que ce n'est pas le service des Urgences où les gens sont habitués à attendre mais aussi à

manifester leur mécontentement devant cette attente ? Ou est-ce à cause de l'aura de la spécialité ? Le fait d'être mis en des mains spécialisées d'emblée fait peut-être diminuer la sensation d'urgence tout en augmentant celle de sécurité ?

#### 4. Les entretiens :

J'ai construit une grille d'entretien faite de questions ouvertes. Cette grille d'entretien a servi de canevas pour élaborer une discussion dirigée mais ouverte, à l'opposé d'un questionnaire écrit, qui à mon sens, est « fermé » et ne laisse que peu de liberté à l'interlocuteur. Une attention particulière a été portée à la rédaction de ces questions afin de ne pas influencer les réponses. (cf. annexes X )

J'ai effectué des entretiens auprès de trois infirmiers d'un service des urgences et auprès de deux infirmières du service de gynécologie accueillant les urgences. Avant la réalisation des entretiens, j'ai demandé la permission aux cadres infirmiers des services concernés. Puis, je me suis présentée aux équipes et j'ai effectué un bref exposé pour expliquer le thème de mon mémoire. J'ai laissé, aussi, une feuille d'inscription, avec la grille d'entretien dans le but de les inspirer. Ainsi, les personnes étaient volontaires et pouvaient choisir ou non de participer. Il était plus facile de fixer les rendez-vous dans le service de gynécologie car j'y effectuais mon stage, au même moment. Par contre, dans le service des urgences, cela n'était pas évident : par manque de temps, par l'affluence souvent trop importante... Il est intéressant d'avoir pu effectuer des entretiens dans deux services relativement différents. Nous pourrions ainsi comparer les situations rencontrées et mettre en évidence les différences mais aussi les points communs, aussi bien dans leur nature, que dans leur gestion.

Les entretiens ont été enregistrés sur cassette audio avec l'accord des professionnels et ils ont été informés que les bandes seraient effacées après usage et que l'entretien resterait anonyme. Le support audio est, à mon avis, le meilleur moyen pour installer une liberté de discussion. Il permet un dialogue plus interactif et plus ouvert que le support papier, d'autant plus que le microphone est rapidement oublié, instaurant alors un entretien plus naturel, non censuré, centré sur le sujet.

Je tiens à préciser qu'un entretien n'a pas été enregistré en raison d'un problème d'emploi du temps. Il est utilisé dans l'analyse, cependant il existe un risque que les questions aient été mal comprises, pouvant alors introduire un biais dont il faut tenir compte.

Ces entretiens furent réalisés dans les meilleures conditions que le service pouvait offrir. Nous nous installions dans un bureau ou une chambre inoccupée, à l'abri du bruit et des passages qui peuvent « parasiter » la quiétude des entretiens. Pour chacun d'entre eux, l'infirmier(e) me consacrait une heure.

Chaque entretien avait pour trame une grille composée de 7 questions (cf. annexes X ) qui ont été posées telles quelles et dont les réponses ont été enregistrées.

La retranscription des entretiens a été réalisée *ad integrum*, sans interprétation ou modification.

Chaque entretien a été ensuite relu, avec minutie, avec pour objectif la préparation de l'analyse.

L'analyse de ces entretiens s'est faite avec l'idée de mettre en relief les points communs et les spécificités de chaque entretien, question par question.

- J'entends par point commun toute donnée ou concept retrouvé à au moins trois reprises, dans trois réponses différentes, à une même question.
- Je définis comme spécificité une donnée ou un concept évoqué à une seule reprise, lors d'une réponse à une question.

# **ANALYSE :**

## **POINTS COMMUNS AUX 5 ENTRETIENS :**

### **POUR LA QUESTION N°1 :**

- Le degré de gravité évalué immédiatement dès l'entrée.
- Motif d'admission.
- Lecture de la lettre du médecin traitant.
- Information de la personne et de sa famille sur le délai d'attente et le déroulement probable des événements.
- Demande de patienter.
- Prise en charge commune initiale de la personne et de sa famille.
- Isolement de la personne pour les examens et les soins.
- Renseignements administratifs.
- Réunification rapide avec la famille : pour les résultats, les explications de l'ordonnance, le traitement.
- Réassurer la personne et de sa famille.

### **POUR LA QUESTION N°2 :**

- Le temps : Quand ? Combien de temps ?
- Quoi ? Les renseignements médicaux sur la gravité de la pathologie.

### **POUR LA QUESTION N°3 :**

- Répondre en rassurant.
- Donner un temps d'attente plus ou moins incertain, aussi bien sur le délai des résultats ou celui des examens.
- Information évasive sur l'état de gravité.
- Répondre plus précisément sur certains examens en cours ou la destination de la personne.
- Dire que le médecin donnera les informations médicales.

### **POUR LA QUESTION N°4 :**

- Pas satisfaisant : sur les délais, sur la qualité des informations ; Réponses inadéquates surtout si les familles sont très demandeuses.
- Mal-être, désemparé dans les cas graves.

### **POUR LA QUESTION N°5 :**

- Les médecins : les internes et les médecins thésés.

### **POUR LA QUESTION N°6 :**

- Les situations difficiles pour le soignant mais aussi pour la personne et sa famille.

### **POUR LA QUESTION N°7 :**

- Difficulté de faire face à la famille, seul, sans le médecin.
- Chaque situation citée est différente, elles sont vécues selon la personnalité, l'expérience, la sensibilité des professionnels interrogés.

## **SPECIFICITES A CHAQUE ENTRETIEN:**

### **POUR LA QUESTION N°1 :**

- Accueil diffère selon le mode d'entrée (par le sas, c'est-à-dire par les pompiers, le SMUR ou les ambulances privées, ou bien par la porte principale) et selon la prise en soins immédiate ou non.
- Parfois les gens attendent derrière les « box » dans le couloir, la famille ne peut rester (Spécificités liées au local).
- Une salle d'attente commune, les familles sont regroupées : esprit de groupe ? Se soutiennent-elles mutuellement ou, au contraire, majoration de leurs angoisses ?
- Les familles sont plus tendues et râlent plus que la personne en attente de soins. La famille s'impatiente moins dans le service de gynécologie accueillant les urgences.
- Pour une professionnelle, l'accueil de la famille ne faisait pas partie de ses priorités, elle se réservait avant tout à la personne mais avec l'expérience, elle s'est rendue compte de son erreur.
- L'accord de la personne : une seule personne a précisé qu'elle faisait entrer la famille dans le « box » après avoir demandé l'accord de la personne.
- Certaines personnes s'en vont car le temps d'attente est trop long et vont chez le médecin traitant ; D'autres râlent car le médecin a dit que c'était urgent.

### **POUR LA QUESTION N°2 :**

- Où va-t-elle ? Période de placement importante lors de la réalisation des entretiens.
- Peut-on l'accompagner ?
- Confort matériel dans le futur service d'accueil : téléphone : la famille a passé le cap de l'urgence, du stress.
- Unité entre le médecin et l'infirmier(e) dans les informations données : pas de divergence lors de l'accueil.

### **POUR LA QUESTION N°3 :**

- Informations données, même minimales, évitent la frustration et donnent l'impression d'être informé.
- Adaptation des informations dans un langage compréhensible par la famille.
- Rassurer sur la destination lorsque les services spécialisés manquent de place ou lorsque la personne va au C.H.U ; Préparation à la future hospitalisation.
- Importance de la présence de la famille, dans la collecte des informations et l'application du processus thérapeutique.

### **POUR LA QUESTION N°4 :**

- Un des professionnels interrogés n'a pas répondu à cette question.

### **POUR LA QUESTION N°5 :**

- L'infirmière : en restant évasive, pour les données objectives, par exemple : une fracture.
- Par téléphone, même type de données à la famille mais aussi cas particulier : la voisine, « seule famille » ; Etre logique.
- Les cadres infirmiers seraient plus détachés lors des situations difficiles, par exemple : les décès.

### **POUR LA QUESTION N°6 :**

- La douleur qui entraîne l'angoisse de la personne et de la famille, surtout si le médecin n'arrive toujours pas : « seule face à la douleur »
- Les fausses-couches, les grossesses extra-utérines, les risques de la grossesse : « angoisse face au décès précoce d'une vie »
- L'annonce d'une maladie grave est plus difficile que l'urgence vitale.
- La mort brutale difficile et en particulier chez les jeunes. La mort d'une personne âgée est mieux vécue ; Les cris et les pleurs de la famille entrent en résonance avec sa propre sensibilité ; Le compagnonnage permet l'apprentissage des mots justes, malgré la formation sur l'accompagnement en fin de vie, qu'elle a reçu.
- Le placement des personnes en psychiatrie : les contraintes physiques et ou chimiques, l'impossibilité d'un dialogue. Les suicidaires placés qui fuient avec l'angoisse et le sentiment de culpabilité sur le risque suicidaire.

### **POUR LA QUESTION N°7 :**

- Gestion de l'angoisse avant tout.
- Décalage entre ce qu'on sait et notre ressenti par rapport à ce que ressent la famille dans leur relative ignorance.

- Sélection par le médecin de la personne apte à recevoir les informations.
- Langage clair et compréhensible et tout cela en restant humain.
- Par téléphone, il renvoie au médecin ; Estime que le médecin doit donner au moins le diagnostic à la famille mais en modérant selon la personne qui est en face.

# COMMENTAIRE D'ANALYSE :

## QUESTION N°1 :

*« Comment accueillez-vous l'entourage d'une personne se présentant aux urgences ? »*

Tout d'abord, le degré de gravité est évalué immédiatement dès l'entrée. Il s'inscrit alors une succession de questions de la part du soignant. Rappelons-le ce que signifie le mot accueil selon le Petit Robert 1989 : « Manière de recevoir quelqu'un, de se comporter avec lui, quand on le reçoit ou quand il arrive ». Ce sont les infirmier(e)s qui entreprennent l'action permettant de savoir si la situation de la personne engage le pronostic vital ou pas : « Le triage ». De ce tri dépendra la prise en soins immédiate ou non de la personne. La lettre du médecin traitant permet de connaître immédiatement le degré d'urgence, car le plus souvent les maux décrits par la personne ou par sa famille sont peu objectifs. La définition du mot « urgence » est : « Nécessité d'agir vite » (Petit Robert, 1989)

L'infirmière accueille d'emblée le futur patient et sa famille, les informe sur la durée d'attente, avant d'obtenir une consultation et l'enchaînement le plus plausible des événements.

Lorsque la personne rentre dans le « box », ils demandent alors à la famille de passer en salle d'attente, afin de réaliser tous les examens et les soins, dans la plus stricte intimité.

Le patient et sa famille sont cependant dans la plupart du temps, réunis le plus rapidement possible, pour qu'ils patientent ensemble et se réconfortent en attendant les résultats, les examens, ou les conclusions du médecin.

Etre rassurant auprès de la personne et de sa famille se fait, tout au long, depuis l'accueil jusqu'à la sortie. Ceci permet d'obtenir la confiance et la participation active de la famille mais aussi de la personne.

Il est intéressant de prendre en compte les notions suivantes même si elles n'ont pas été formulées par la majorité des professionnels entretenus.

Une des professionnels, dans l'entretien n°3 ( cf. annexes XIV à XVI ), a bien souligné le fait que l'accueil diffère selon le mode d'arrivée et/ou si la prise en soins est effectuée de suite. Dans ces cas-là, les familles sont mises à l'écart plus rapidement mais ils ne retrouveront pas forcément leurs proches plus vite.

L'affluence importante provoque un problème de place, « une crise du logement » ce même professionnel nous parle de ce problème dû à la spécificité des locaux. Les personnes sont obligées d'attendre dans un couloir, derrière les salles d'examen et l'équipe est obligée de faire patienter la famille en salle d'attente. Sinon le couloir serait trop encombré, la famille pourrait être témoin de situations difficiles à voir et le secret professionnel des autres personnes ne serait plus assuré.

Ce professionnel rajoute que les familles sont installées en salle d'attente parmi d'autres familles. Elles peuvent observer qu'elles ne sont pas toutes seules et cela peut calmer certaines qui s'indignent de la durée d'attente.

Un point très important est à souligner : une des personnes interrogées, dans l'entretien n° 4, (cf. annexes XVII à XIX ) raconte qu'au début, lorsqu'elle travaillait dans le service des urgences, elle laissait de côté la famille et se consacrait uniquement au patient. Elle estimait que les urgences se résumaient à la personne. Pourtant, elle précise que dans un service, tel que la médecine interne, du fait d'une certaine « chronicité », la famille était mieux prise en compte. Elle s'est rendue compte de son « erreur » et s'est remise en cause.

Il est important de respecter le consentement et la pudeur de la personne même dans une situation d'urgence. Une seule personne, (entretien n°4), a précisé qu'elle faisait entrer la famille dans le « box » après avoir demandé l'accord de la personne. Il faut respecter l'espace vitale des uns et des autres. Elle pense que la personne n'a pas forcément envie de voir sa famille. Peut-être qu'elle la fatigue ? La personne peut avoir envie de se reposer.

Certaines personnes s'en vont car elles trouvent que le temps d'attente est trop important et elles décident d'aller consulter leur médecin traitant. D'autres râlent car le médecin traitant a dit que c'était urgent. Cela met en évidence le principal problème qui provoque l'encombrement des salles d'attente : « la bobologie ».

## **QUESTION N°2 :**

*« Quels sont les renseignements les plus courants que vous demandent les familles ? »*

Dans cette question, l'ensemble des personnes entretenues a donné deux réponses. Tout d'abord, la question du « Temps » revient souvent auprès des familles. Le « quand » et le « combien de temps » sont formulés très facilement. Les familles s'interrogent sur le temps d'attente, le temps que mettra le médecin à arriver, le temps des résultats, le temps de sortie, le temps avant de monter dans le service. Le « Temps » marque les questions, comme les minutes marquent les heures.

Deuxième demande, il s'agit du « Quoi ? » : De quoi souffre-t-il ? Qu'a-t-il exactement ?... L'entourage s'inquiète et se questionne sur la gravité de la pathologie. Il faut remarquer que cette demande intervient en deuxième position. L'infirmière ou l'infirmier est sollicité à cette occasion (Entretiens n° 2 [ cf. annexes XIII ], n°3, n° 4, n° 5 [cf. annexes XX à XXI ]). La famille se questionne sur la nature exacte de la pathologie et sur sa gravité...

D'autres réponses ont été soumises. Tout d'abord, la question du « Où ? » est posée, dans l'entretien n°3. La famille s'inquiète sur le futur lieu d'hospitalisation de leur proche. Ce fut la première réponse de l'infirmière interrogée. Dans ce cas, le « où » venait avant le « quoi ». Il n'y a pas de véritable situation d'urgence, purement définie.

Autre renseignement demandé par les familles : « Peut-on l'accompagner ? », toujours dans l'entretien n°3. Cette demande arrive lorsque la personne se fait hospitaliser. Les

familles sont dans l'angoisse de la séparation. Elles sont comme conditionnées par le fait qu'avant, elles ne pouvaient rester avec la personne.

Le souci du confort matériel, (Entretien n°3) dans le futur service d'accueil, comme la présence du téléphone, est un moyen pour la famille de passer le cap de l'urgence, du stress. Elles s'inquiètent sur les possibilités de loisirs, d'activités distrayantes pour le futur hospitalisé. Le téléphone les rassure car elles savent qu'elles pourront prendre des nouvelles. La séparation sera moins angoissante car le cordon du téléphone peut les relier.

Un concept important est mis en relief, dans l'entretien n°4 : l'unité entre le médecin et l'infirmier(e) dans les informations données. Il ne faut pas mettre en évidence de divergences lors de l'accueil. Une des personnes entretenues nous donne l'exemple d'une entorse de cheville : si l'infirmier(e) accueillant dit que la personne aura une radio et que le médecin n'en fait pas, cela peut entraîner des interrogations si la cheville ne se rétablit pas dans les suites.

### **QUESTION N°3 :**

*« Comment répondez-vous à ces interrogations ? »*

La notion qui revient le plus souvent c'est « rassurer ». Les professionnels interrogés dans les entretiens n°1 (cf. annexes XI à XII ), 2, 4 et 5, répondent en étant les plus rassurants possibles. Ce ton rassurant est utilisé lorsque les familles semblent désemparées, angoissées et lorsqu'elles questionnent et se questionnent énormément.

La réponse à la question du temps est donnée dans une mesure plus ou moins incertaine, ( Entretiens n°1, 2, 3 ) aussi bien sur le délai des résultats ou celui des examens. Le temps est incertain, à l'inverse de notre réponse ( cf. plus haut) . Le temps n'a pas la même valeur selon les jours, parfois il s'évanouira rapidement, d'autrefois il sera interminable.

Lorsque les familles questionnent sur l'état de gravité de la personne, les réponses sont moins exhaustives. Les professionnels restent évasifs :

- « Comment va-t-il ? »
- « Pour le moment un médecin va le voir et pourra faire le diagnostic. »

Les réponses des professionnels, ( Entretiens n°3, 4 et 5), sont plus précises sur certains examens en cours ou sur la future destination de la personne. Les personnes entretenues pensent qu'ils peuvent donner ces informations. De plus, cela peut répondre à la question sur la durée d'attente.

Ils répondent que le médecin donnera les informations médicales( Entretien n°3 et 5 ). Cela va calmer l'angoisse des familles. De plus, le fait que ce soit le médecin, les informations données auront plus de poids.

Une des personnes, entretien n°4, dit qu'une information donnée, même minime, évitent la frustration et donne l'impression d'être informé. Les familles sont « rassasiée » par ces « miettes » d'information, elles peuvent attendre plus facilement, en paix car elles ont eu

réponses à certaines de leurs questions. Rappelons la définition de l' « information », selon Dictionnaire Universel Francophone de 1997 : « Action de donner connaissance d'un fait ; Renseignement, documentation sur quelqu'un ou quelque chose. »

Une personne mentionne un élément capital de notre rôle propre, entretien n°4 : l'adaptation des informations dans un langage compréhensible par la famille, mais aussi par le patient. Elle précise qu'elle ne répond pas de la même façon selon son interlocuteur.

Il est important de rassurer sur la destination, ( Entretiens n°4 et 5 ), lorsque les services spécialisés manquent de place ou lorsque la personne va au C.H.U. Ceci permet la préparation à la future hospitalisation. Un soignant nous explique le cas qu'il a vécu. La famille ne comprend pas tout le temps de ces nécessités.

Il ressort de deux entretiens : le n°3 et le n°4, l'importance de la présence de la famille dans la collecte des informations et l'application du processus thérapeutique. Une précise qu'il est important de faire sentir à l'entourage que c'est bien d'être là. Ainsi, la famille devient actrice et se sent importante. L'explication de la thérapeutique devant la personne et sa famille nous permet d'être sûre qu'une partie sera assimilée comme par exemple l'utilisation d'une attelle qui a été citée. La famille, au domicile, pourra rectifier si la personne l'utilise mal etc....

#### **QUESTION N°4 :**

*« Que pensez-vous de vos réponses ? »*

En général, l'ensemble des professionnels interrogés trouve leurs réponses peu satisfaisantes : sur les délais donnés, la qualité des informations. Il est mentionné que les réponses sont inadaptées surtout si les familles sont très demandeuses.

Un autre sentiment vient « hanter » la conscience des professionnels entretenus : le mal-être. Ils se sentent désemparés dans les situations graves comme par exemple l'annonce d'une maladie à pronostic réservé et dans ce cas de n'avoir pu répondre exactement aux questions, notamment en ce qui concerne les renseignements médicaux.

Une des personnes interrogées n'a pas répondu à cette question. Il s'agit du questionnaire n°2, nous pouvons supposer que la personne n'a pas compris le sens de la question.

#### **QUESTION N°5 :**

*« Selon vous, qui peut donner les informations aux familles ? »*

Tous les professionnels entretenus ont répondu : les médecins, c'est à dire les internes ( Etudiants en troisième cycle, médecins non thésés, diplômés du Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique) et les médecins thésés.

Certaines personnes interrogées précisent que l'infirmier(e) peut donner des informations en restant évasif, dans les entretiens n°3 et 4. Les informations sont des données objectives, par exemple : une fracture.

Certaines personnes soumettent aussi le problème du téléphone( Entretiens n°3 et 4). On y rencontre le même type de données mais aussi des cas particuliers. Certaines disent que le médecin donnera des informations en particulier lorsqu'il s'agit de l'employeur. D'autres répondent si ce n'est pas grave et disent de ne pas s'inquiéter. Dans ces cas, elles parlent d'être logique. Le cas de la famille vivant loin et souhaitant des informations sur le proche, l'information est donnée par l'infirmière. Même chose lorsqu'il s'agit de la voisine, que la personne est seule et sans famille. S'il s'agit de l'aide ménagère, l'infirmière répond juste que la personne est hospitalisée et que ce n'est pas à la peine d'aller chez elle.

Une des personnes interrogées, dans l'entretien n°3, nous dit que les cadres infirmiers peuvent donner des renseignements aux familles. Ils seraient plus détachés lors des situations difficiles, par exemple : les décès.

## **QUESTION N°6 :**

*« Pour vous quelle(s) est(sont) la(les) situation(s)la(les) plus difficile(s) à gérer ? »*

Toutes les situations citées sont différentes les unes des autres. Nous pouvons remarquer que ces situations sont également difficiles pour le soignant que pour la personne et sa famille.

Nous allons prendre les différentes situations dans l'ordre des entretiens. La première situation difficile est la douleur qui entraîne l'angoisse de la personne et de la famille surtout si le médecin n'arrive pas.

Les fausses-couches, les grossesses extra-utérines, les risques de la grossesse sont des situations difficiles pour une autre personne.

Une des personnes interrogées nous raconte qu'il est plus difficile pour elle de gérer l'annonce d'une maladie grave qu'une urgence vitale.

Une des personnes interrogées, nous confie que pour elle les décès brutaux et notamment des jeunes font partie des moments les plus difficiles. La mort des personnes âgées est mieux vécue pour elle. Les cris et les pleurs entrent en résonance avec sa propre sensibilité. Elle nous dit que le compagnonnage permet l'apprentissage des mots justes, malgré une formation sur l'accompagnement en fin de vie qu'elle a reçu.

Voici maintenant une situation plus spécifique que nous rapporte une des personnes interrogées : il s'agit du placement des personnes en psychiatrie avec les contraintes physiques et chimiques. Il est difficile de faire face lorsque le dialogue est ou devient impossible. L'idée de mort est une nouvelle fois mise en avant plus spécialement avec les suicidaires placés qui fuient. Le sentiment de culpabilité et l'angoisse d'une telle situation sont pesants pour les soignants. Et si le fugueur se suicide ?

## **QUESTION N°7 :**

*« Souhaitez-vous rajouter quelques choses d'autres ? »*

Deux points communs ressortent de cette question. Tout d'abord, ils expriment leurs difficultés à faire face à la famille, seuls, sans le médecin ( Entretiens n°1 et 3). Ces situations sont difficiles pour eux.

Le deuxième point commun, est que chaque situation citée est différente, elle est vécue selon la personnalité, l'expérience, la sensibilité des professionnels interrogés.

Parmi les propos d'une des personnes entretenues, ( Entretien n°1), il est intéressant de noter la chose suivante : l'angoisse de la famille et du patient doit être gérée en priorité.

Une autre personne, dans l'entretien n°3 nous rapporte qu'il y a un décalage entre ce que nous savons et entre ce que nous ressentons vis à vis des propres sentiments de la famille enfermée dans sa relative ignorance.

Selon cette même personne, le médecin doit sélectionner le membre de la famille qui semble le plus apte à recevoir les informations.

Un des professionnels, ( Entretien n°4), nous souligne le fait que les informations doivent être données dans un langage clair, compréhensible et que le soignant doit rester humain.

Un des professionnels, ( Entretien n°5 ), nous parle du problème du téléphone qu'il gère en renvoyant au médecin. Il estime que le médecin doit donner au moins le diagnostic à la famille mais en modérant ses propos en fonction de la personne qui est en face. Il nous donne aussi une définition de la famille.

# **SYNTHESE :**

Tout d'abord, je vais commencer par donner ma définition personnelle du rôle de l'infirmier(e). Notre rôle est de participer à différentes actions, comme la prévention, l'éducation des patients mais aussi des proches et l'acceptation de la maladie, des contraintes du traitement... L'infirmier(e) ne doit pas enfreindre la charte du patient hospitalisé ni celle des enfants. (cf. annexes IV et V ) L'infirmier(e) a pour mission d'assurer le confort de ceux qu'il (elle) soigne, de les maintenir en bonne santé et de les guider sur le chemin de la guérison. Ses soins doivent être organisés, de qualité, ne doivent en aucun cas nuire au patient ou aggraver son état de santé. Pour cela, l'hygiène dans les soins donnés doit être stricte et parfaite et le patient ne doit pas être en situation de danger vital. Elle doit mettre en œuvre un projet de soins individualisé prenant en compte d'une part ses connaissances sur la maladie, ses traitements et leurs conséquences, et d'autre part les données qu'elle recueille sur la personne soignée : son histoire, ses habitudes de vie, ses valeurs ( cf. annexes II ).

L'infirmier(e) doit pouvoir établir une communication adaptée à chaque personne et les soigner sans jugement de valeur, de croyances religieuses, sans discrimination de sexe, de nationalité... Il (elle) s'adapte à chaque situation et pour cela il (elle) doit se tenir informé(e) sur toutes les avancées diagnostiques et thérapeutiques... l'infirmier(e) dispose de qualités humaines et doit faire preuve de professionnalisme lors de l'approche du patient pour se donner les moyens de l'appréhender dans sa globalité.

L'infirmier(e) doit pouvoir assurer la continuité des relations sociales et familiales du patient dans l'enceinte de l'établissement de santé pour lui permettre de ne pas rester isolé, coupé du monde dans cet univers si inhabituel et inquiétant pour lui. Il (elle) travaille en équipe, en relation avec d'autres partenaires comme les aides-soignants, les médecins, les kinésithérapeutes, les diététiciennes... Il (elle) échange ses connaissances avec ceux-ci, toujours dans le but de la continuité des soins apportés au patient avec l'objectif permanent de les améliorer. L'infirmier(e) doit pouvoir former et transmettre son expérience, ses acquis, ses conseils aux futurs soignants qu'il (elle) rencontrera lors de son exercice professionnel, toujours dans le but de la pérennité des soins.

Pour moi, l'infirmier(e) a pour rôle, lors de l'entrée d'un patient aux urgences accompagné par son entourage, de les informer sur les lieux, le personnel, les soins que le patient va recevoir. Cet accueil se prolonge tout au long de l'hospitalisation jusqu'au retour au domicile.

Je pense que nous devons être capables d'écouter et de répondre aux différentes interrogations, aux angoisses extrêmement fréquentes des patients et de ses proches dans cet univers ressenti la plus part du temps comme hostile. Nous devons pouvoir déceler les problèmes en tout genre qui peuvent se poser lors de l'hospitalisation.

Nous nous devons également d'assurer un confort maximum au patient, à sa famille et à ceux qui l'accompagnent. Le confort peut être physique : proposer une chaise, une revue,

mais aussi psychologique : rassurer mais aussi démystifier. Pour moi, l'accueil se réalise dans chaque soin, à chaque moment de la journée par l'explication des actes que nous faisons, leurs buts et leurs déroulements. L'objectif ultime étant de leur permettre de devenir acteurs de ces soins. Ils se sentent alors moins à l'écart, mieux considérés et la guérison n'en est que plus rapide.

L'infirmier(e) doit s'interroger sur le devenir du patient en prenant en compte ses désirs, ses craintes, ses attentes, sa vie sociale, ses habitudes de vie, mais aussi les propositions de son entourage. Il (elle) se fait le médiateur entre le patient et le médecin, tout en restituant les propos sans les interpréter, les modifier ou dépasser les limites de ses compétences. Il (elle) doit pouvoir fournir des informations, des renseignements consensuels à l'entourage.

L'accueil se prolonge, parfois jusqu'au domicile de la personne, grâce aux conseils prodigués, à la prévention, à l'éducation effectuée pendant l'hospitalisation, qu'elle soit courte ou qu'elle se prolonge. Tout ceci concourt ainsi à assurer l'autonomie, le bon déroulement de la suite des soins et ainsi favoriser une meilleure guérison. La famille doit être aussi sollicitée pour pouvoir, si elle le souhaite, participer au projet thérapeutique.

## **QUESTION N°1 :**

*« Comment accueillez-vous l'entourage d'une personne se présentant aux urgences ? »*

Le long questionnaire déroulé dès l'entrée de la personne relève d'un automatisme professionnel, voire administratif : identité, date de naissance, lieu de provenance, raison de sa venue avec présentation, éventuelle, de la lettre du médecin traitant, moyen de locomotion utilisé pour arriver dans le service...Ce premier contact purement administratif est la clef permettant de franchir les portes du monde hospitalier. Selon moi, l'accueil signifie être à l'écoute des demandes, des détresses, de donner des informations au patient et à ceux qui l'accompagnent. C'est aussi pouvoir expliquer les soins, les lieux, le mode de fonctionnement de l'hôpital, du service. C'est pouvoir être là quand les personnes en ont besoin. Le « triage », terme plutôt barbare permet alors d'établir le listing des urgences réelles et de celles plus relatives. Le triage est parfois complété par l'information approximative du délai d'attente. C'est alors que la personne et sa famille doivent se soumettre à la plus rude des épreuves : L'attente ! La patience est difficile face à l'inconnu, à la souffrance de son proche. Certains s'en vont alors rapidement.

Dans le service des urgences où j'ai pu réaliser mon stage optionnel, une secrétaire médicale s'occupait de l'accueil durant la journée, en semaine, permettant à l'équipe de se consacrer uniquement aux soins. Rappelons que l'infirmière a pour rôle propre d'accueillir les personnes hospitalisées et leurs familles. Cependant dans un service d'urgences, du fait d'une affluence souvent conséquente, il faudrait une infirmière à plein temps pour remplir cette tâche.

A mon avis, l'urgence est toujours imprévue. C'est l'élément qui va faire accélérer les choses, le temps. Elle précipite le quotidien d'une personne et de son entourage. L'urgence, lorsqu'elle prend place dans un service, est prioritaire mais ne doit pas faire mettre de cotés les autres activités. L'urgence perturbe l'organisation mais souvent pour une courte durée. Lors d'une assistance, l'urgence est double : « pour le sauveteur il s'agit d'une situation pathologique grave devant être traitée immédiatement ; pour la victime, le malade, il s'agit d'une situation insolite justifiant un appel au secours » (M. GOULON, 1984). L'urgence réelle prime (il faut entendre par ceci l'urgence au sens médical) mais non celle que ressent le patient ( cf. annexe III ). A mon avis, la consultation du médecin traitant est très utile car les gens ont tendance à venir peut-être « trop facilement » aux urgences pour se faire soigner, même s'il ne s'agit que d'une angine, d'une otite ou d'une constipation... Le médecin généraliste va renseigner en partie la personne et sa famille sur le déroulement probable de l'hospitalisation qui a été alors décidée consensuellement. Ainsi, il participe précocement à l'accueil.

J'ai pu observer que la mise à l'écart du proche lors des soins était difficile pour les familles. Elles ne peuvent s'empêcher de passer la tête à travers la porte, de rester derrière tentant de « grappiller » la moindre bricole d'information. Ils ne sont jamais très loin ! Ils sont angoissés : « les gens arrivent[...]Les accompagnateurs, également, sont dans un état d'angoisse importante » (Cf. annexes III ). C'est tout à fait humain de leur part et je peux comprendre qu'il est difficile de rester dans l'ignorance.

Je trouve qu'il est judicieux de réunir ensuite rapidement la personne et sa famille. L'infirmière peut ainsi connaître un peu plus l'entourage de la personne qu'elle vient de soigner. De plus, elle peut les quitter tout en sachant que s'il y a un problème, il y aura quelqu'un pour l'avertir. Lors des explications d'un traitement ou d'une ordonnance, il est parfois utile de pouvoir s'appuyer sur la famille lorsque l'on pressent que le traitement risque d'être mal suivi ( notamment chez les personnes âgées) ou lorsqu'il s'agit d'un mineur (dans ce cas la mesure est médico-légale).

A mon avis, il y a aussi une sorte de « triage » selon l'ambulance : la situation est, le plus souvent, moins critique lorsqu'il s'agit d'une ambulance privée. Mais il est vrai qu'une personne et sa famille vont moins attendre si le blessé, la victime... est allongé sur un brancard. Le triage fait partie intégrante de notre rôle propre car nous devons mettre en œuvre toutes nos connaissances en matière d'urgence et reconnaître ces situations. Il serait inadmissible de faire passer la personne qui a « mal à la cheville » devant celle qui a « mal à la poitrine » ! L'accueil est différent, car il nous faut rassurer un peu plus la famille : elle n'a pu transporter elle-même son proche et la séparation a entraîné une succession de questions et d'angoisses. Cette famille aura plus de questions à nous poser notamment à cause de la majoration de cette angoisse.

Le plus souvent, lors d'un transport par ambulance, les personnes arrivent seules et la famille arrive un peu plus tard. Leur affolement est plus intense car ils ne savent pas ce qui a pu se passer avant ou lors du transport, surtout si le SMUR s'est déplacé. Le temps de soins

est plus long, car le pronostic vital peut-être mis en jeu. Les médecins n'ont pas forcément le temps d'informer la famille, les infirmières sont débordées... La famille est mise un peu à l'écart.

Je pense que l'aménagement d'un espace suffisant est important pour faciliter le travail de l'équipe. La difficulté est de ne pas pouvoir « surveiller » les personnes qui attendent des soins lorsque le service présente une « crise du logement ». Si notre espace de travail est envahi par la présence des familles et par leurs interpellations, il est difficile de continuer à travailler sereinement. Nous ne pouvons que les faire attendre dans la salle d'attente. D'un autre côté, les personnes sont seules et attendent d'être vues. La famille s'inquiète et ne comprend pas forcément pourquoi leur parent doit attendre dans un couloir sans leur présence. Ces deux parties sont seules et angoissées, le temps en paraît d'autant plus long.

Il est malgré tout logique de placer les familles en salle d'attente. Pour les plus impatientes, elles peuvent se rendre compte qu'il y a d'autres personnes. Les familles peuvent se reconforter mutuellement. Un esprit de groupe se réalise-t-il ? Elles ont un point commun : Elles attendent.

« Siège de détresses physiques, mentales, sociales, la salle d'attente est aussi un lieu de rencontres. Un point de passage obligatoire entre personnes qui n'avaient aucune raison de se croiser. Tranches de vie échangées, retrouvailles, réconfort maladroitement apporté, parfois conflits larvés. [...] L'ambiance d'une salle d'attente peut être tendue, et le temps s'écoule avec une désespérance lenteur» ( Franck Garden-Brèche et Jacques Rouillier <sup>(1)</sup> ).

Effectivement nous devons garder à l'esprit que cela majore peut-être leur angoisse ! ? Elles peuvent être en présence de personnes beaucoup plus anxieuses. Pour éviter cela, nous avons le devoir de créer une salle d'attente calme et sereine. Elle doit être agréable et proposant de la lecture. Elle ne doit être ni trop petite, ni trop grande. Un distributeur de boisson ou de friandises peut être installé, il crée une certaine convivialité. Il est démontré qu'un aquarium fait nettement baisser le taux de stress ambiant. Il ne faut pas non plus oublier les enfants en leur proposant des jeux.

Les familles sont parfois plus impatientes que les personnes qui doivent se faire soigner. Par contre, dans le service de gynécologie accueillant les urgences, les familles sont plus discrètes et ne montrent pas leurs lassitudes. Il est vrai que la durée d'attente est moins importante ; de plus le terme « urgences » n'est pas spécifié. Cela suffirait-il pour faire disparaître la notion d'urgence de la pensée des familles ? Serait-ce le mot « gynécologie » qui mettrait mal à l'aise ? Je pense que c'est le cas, la notion de pudeur est très présente. Le service de gynécologie, c'est l'intimité ! Les familles s'y font plus discrètes pour ne pas perturber cette intimité.

Une question se dégage : existerait-il un fossé entre les services d'urgence et les services de l'hôpital général concernant la prise en charge de la famille ? Je pense qu'elle doit être prise en compte de la même façon que la personne venant aux urgences. De cette façon,

<sup>(1)</sup> : GARDEN-BRECHE Franck- ROUILLIER Jacques : « Etats d'urgences », Edition Belfond 2000, p.38-39

l'infirmièr(e) démystifie et rassure. Cependant il y a une différence notable : la famille peut nous rendre service par une certaine connaissance du traitement, des antécédents... mais parfois elle peut être difficile à gérer : l'impatience, l'agressivité... Si nous accueillons la famille, l'entourage d'une personne se présentant aux urgences comme il le faudrait, cela permettrait de préparer la future hospitalisation tout en permettant aux familles de se sentir en sécurité, considérée... Elles seraient moins énervées, harassées en accompagnant leur proche vers le service de destination.

Pour loi, la famille peut accompagner son proche jusque dans la salle de soins puis elle doit sortir, sauf si la personne souhaite leur présence. Il ne faut pas oublier le secret professionnel qui régit malgré tout aussi les situations d'urgence. Chaque personne a le droit à l'intimité qui seule peut permettre l'instauration d'un climat de confiance entre la personne et l'équipe. Nous ne devons pas oublier la pudeur de la personne même aux urgences. Nous devons être diplomate afin de ne pas vexer la famille ou de créer des malentendus. Cette action fait partie de l'accueil de l'entourage, elle fait partie indirectement du soin. Nous devons faire preuve de tact et d'adresse. « Enfin votre tour arrive, [...] Malheureusement toute votre petite famille venue vous soutenir le moral ne peut suivre. Un accompagnant maximum qui, de toute façon, devra sortir pendant les soins. Beaucoup ont fini dans les pommes, qui étaient persuadés de pouvoir regarder sans ciller leur conjoint se faire suturer »

(1)

Le départ de certaines personnes montre le caractère non-urgent de leur venue. Le temps les rebute. Ils n'ont pas la patience qu'ils auraient s'ils avaient été chez leur médecin traitant. Ces personnes pensent que, s'agissant d'un service d'urgence, dès qu'elles en franchiront les portes, elles seront prise en charge immédiatement. Ils ont le sentiment profond d'être prioritaires. En effet, le problème, la pathologie ou la fracture... entraînent un handicap et créent une différence, une impotence pour un temps indéfini, une rupture totale avec leurs habitudes de vie. Cet incident bouleverse tout l'Être et occupe toutes les pensées. Le sentiment de danger prend place. Certains ne comprennent pas pourquoi leur proche ne soit pas vu tout de suite, car « leur médecin de famille a dit », et a de temps en temps écrit, que « c'était urgent ! » De plus, « s'il faut qu'ils viennent aux urgences pour se faire soigner, c'est que c'est vraiment grave » ! Quoi de plus naturel que de vouloir être soigné au plus vite lorsque nous nous sentons au plus mal ? (cf. annexes III ). Ceci est sûrement dû aussi aux valeurs actuelles de notre société de consommation. Nous pouvons faire une analogie culinaire : qui a commandé un « MacD'Hôpital » ?.

## **QUESTION N°2 :**

« *Quels sont les renseignements les plus courants que vous demandent les familles ?* »

Les familles sont confrontées à l'angoisse du temps et cela provoque une certaine réaction anxieuse sur les professionnels de santé. Ils veulent les satisfaire en leur donnant une

(1) : GARDEN-BRECHE Franck et ROUILLIER Jacques, « Etats d'urgences », Editions Belfond 2000, p 39

durée approximative mais le résultat n'est pas à la hauteur des espérances. Pour les soignants la durée à attendre est peu de chose mais elle n'est pas perçue de la même façon par la famille qui demande sans cesse :

- « Combien de temps devons-nous attendre ? »

L'infirmier ou l'infirmière répond :

- « Oh, une demi-heure ! »

La famille rétorque :

- « Autant ! ? »

Le temps au travail passe plus vite que le temps d'attente. Le délai d'attente est un des trois motifs d'insatisfaction les plus fréquents ( cf. annexes I). Les motifs d'insatisfaction les plus fréquents sont : le délai d'attente, la prise en charge de la douleur et la communication. Tout ceci semble lié. En effet, une attente qui s'allonge, peut faire d'une douleur minime une quasi torture. La souffrance est toujours plus pénible lorsqu'elle se fait en silence. La famille ne peut supporter cet état. Le manque de communication, en attendant d'être vu par un médecin, augmente cette douleur et les minutes sont interminables. Il peut, en quelque sorte, entraîner une douleur, mais ici psychique. En effet, la personne et sa famille pensent être mal comprises et être mises à l'écart. Elles n'ont pas l'impression d'être considérées pour ce qu'elles estiment être la chose la plus importante au monde. (cf. annexes III ). Ceci prouve que ces insatisfactions se retrouvent partout, dans tout service des hôpitaux de France et pas seulement dans les services où j'ai effectué des stages. Ces trois critères doivent être soulignés et doivent figurer dans les objectifs primordiaux de l'infirmier(e) dans une situation d'urgence. Nous pouvons prendre en charge, sans difficulté, le problème de la douleur et celui de la communication. Le problème du temps est plus difficile à résoudre, d'autant plus qu'il n'a pas la même valeur pour tout le monde : quelques minutes pour un(e) infirmier(e) peuvent sembler des heures pour le patient et sa famille. Ce problème est régulièrement mis en avant. Le manque de temps nuit à un bon accueil de la personne et de l'enfant.

La violence des événements, des propos, des angoisses, des craintes règnent aussi bien chez l'accueillant que chez l'accueillie. L'infirmier(e), afin de se protéger de ce manque de temps et donc de cet accueil insatisfaisant, incomplet, va se réfugier derrière ses gestes techniques, ses connaissances, ses compétences. L'accueil face à ce barrage ne se fait pas dans de bonnes conditions. « Accueillir l'autre suppose donc de s'accueillir soi-même. » Nous devons accueillir, avant tout, une personne avec son histoire, ses joies, ses peurs, ses espoirs mais aussi ses proches...Le temps coule et engendre une angoisse dans l'esprit du soignant. Les minutes passent, le stress augmente, le soignant voit sa possibilité d' « accueil convenable » fondre comme neige au soleil. Le soignant devient une « machine à faire ». L'Humanité n'est plus. Les personnes sont déshumanisées. (cf. annexes II et XX )

Je pense que les familles s'inquiètent sur la situation de leurs proches car elles sont dans l'inconnu. Ce temps majore leur angoisse car elles s'imaginent le pire, elles voient souffrir leurs parents et pour elles, c'est intolérable. Mais pour les soignants, la difficulté est double car ils doivent s'occuper d'autres personnes nécessitant les premiers gestes de secours et essayer de satisfaire la demande des autres. Parfois, souvent, leur réponse n'est pas exacte,

liée à des « impondérables » comme par exemple : le résultat sanguin n'est toujours pas arrivé car l'automate du laboratoire est en panne ou bien les laborantins sont « noyés » dans une « mer de bilan à faire de toute urgence ». Nous pouvons aménager ces temps de « longue » attente, en leur proposant de la lecture ou bien, comme soumettait une infirmière, en leur disant d'aller manger et de revenir un peu plus tard. Mais il s'agit de toute autre chose car la famille est obligée « d'abandonner » son parent alors en soins.

La question sur ce dont souffre la personne pose problème, car le secret professionnel s'oppose à la divulgation des informations. Nous reviendrons sur ce problème un peu plus tard. Certaines familles savent ce dont souffre la personne, car elles ont été informées par le médecin traitant. Mais dans certains cas elles refoulent ces informations, préférant entendre quelque chose de plus positif et/ou dans l'affolement et l'urgence, elles n'ont pas eu le temps de « digérer » les renseignements donnés. Je ne suis pas très étonnée de la position de cette demande. En effet, la famille qui attend imagine les situations les plus critiques. Le « quoi » vient plus tard, car elle sait bien qu'avant de conclure, le médecin examine et éventuellement prescrit un certain nombre d'exams dont il faudra attendre les résultats pour confirmer ou non le diagnostic...

Je pense qu'il est possible que dans les situations non-urgentes, les familles soient plus sensibles sur la destination du parent. Chaque année, nous pouvons apercevoir un taux de fréquentation augmentant dû à un nombre important d'entrées pour placement. Il n'est pas nécessaire d'être aux urgences pour le constater car dans les autres services existent alors des problèmes de lits manquant expliquant que nous pouvons apercevoir des hommes âgés en gynécologie ou des personnes se trouvant en chirurgie car il n'y a pas de place en service de médecine etc.... La réalisation de cet entretien a été faite en octobre et les personnes, se présentant aux urgences, venaient pour des placements, non pas en psychiatrie mais en convalescence, en cure... il s'agissait de personnes âgées.

Nous pouvons supposer que si les familles se posent la question de la possibilité d'accompagner leur proche, c'est peut-être que pour certaines, l'Hôpital a une connotation de secret et pour d'autres, l'Hôpital ne rassure pas. Elles ont peur de se perdre et donc d'être séparées de la personne, mais c'est probablement aussi une façon d'être solidaire avec ce nouvel hospitalisé. Elles souhaiteraient montrer une certaine compassion. C'est un moyen pour ces familles d'obtenir des renseignements avec la personne, de se sentir un peu plus rassurée. Elles peuvent parfois montrer leur surprise sur cette hospitalisation, leur incompréhension.

Je pense que la requête, le souci du confort matériel est justifié car pour ma part, lorsqu'une connaissance est hospitalisée, je me soucie d'obtenir son numéro de chambre pour pouvoir communiquer avec elle, pour obtenir des nouvelles. Si cette personne peut répondre au téléphone, c'est qu'elle ne se porte pas si mal ?

Je pense que lors de l'accueil et du renseignement de la famille, nous nous devons d'être très vigilants vis-à-vis des informations données. Nous ne devons pas dépasser nos compétences professionnelles. L'unité infirmière-médecin est importante. Les divergences

peuvent créer des soucis, des problèmes auprès des familles mais aussi entre deux membres de l'équipe.

### **QUESTION N°3 :**

*« Comment répondez-vous à ces interrogations ? »*

A mon avis, nous devons répondre et paraître auprès des familles dans une attitude la plus rassurante que possible. Si les familles perçoivent notre angoisse, notre incertitude, cela entraîne une majoration de leur inquiétude. Nous devons paraître calme et serein. La voix doit être posée et calme. Le débit doit être lent et compréhensible pour toutes les personnes. Cette attitude est recommandée dans toutes situations auprès des familles mais aussi auprès des patients et dans n'importe quel service. Sinon, les interlocuteurs risquent de ne pas nous croire et ni de nous faire confiance. L'hospitalisation en service d'urgence engendre chez les personnes soignées et les accompagnateurs un état de tension important. Il y a plusieurs inconnues : le diagnostic, le temps, le devenir. Ces inconnues sont responsables de tout ce stress. L'infirmièr(e) doit pouvoir gérer ces problématiques et doit faire face à toutes sortes de situations. Il (elle) doit adopter un comportement et une réponse adéquate et adaptée tout en assurant toutes ses autres fonctions. (cf. annexes XIX ) L'infirmièr(e) doit pouvoir s'occuper du patient et de sa famille pour démystifier et rassurer. L'atmosphère doit être agréable et sereine. Si l'entourage montre un sentiment d'angoisse, il retentira aussitôt sur le malade. (cf. annexes III ) De plus, le manque de temps ne doit pas sacrifier la place de l'écoute. Nous ne nous devons pas nous cacher derrière nos soins et fermer « notre porte » aux confidences, aux angoisses du patient et de son entourage. Nous devons montrer que nous sommes disponibles pour la famille, pour l'écouter et la conseiller. Pour certains, l'infirmièr(e) n'est là que pour soigner leur parent et ne pensent pas qu'il(elle) est également présent(e) pour eux. (cf. annexes II )

A mon avis à la question sur le temps, les chances de se tromper sont importantes. Nous ne pouvons qu'estimer le temps d'attente de façon très grossière. Cela est bien dommage ! Nous devons essayer de réajuster ce délai régulièrement surtout si l'attente se prolonge. Cela montrera aux familles que nous ne les avons pas oubliées.

Je pense que le fait d'être évasif peut entraîner deux réactions opposées. Soit une angoisse plus grande car les familles voient bien que nous ne répondons pas. Mais pour certaines cela suffit amplement. Pour ma part, j'expliquerai à la famille que je ne peux répondre à leurs interrogations car je suis tenue au secret professionnel. L'état de la personne peut se dégrader rapidement et nous n'avons pas toutes les compétences requises pour le juger. En tant qu'étudiante, il est déjà arrivé que des familles me posent des questions embarrassantes et je me protégeais avec mon seul atout : « Je ne sais pas, je suis étudiante et je débute mon stage... » Les renseignements sur les examens en cours ou la future destination peuvent paraître minces. En effet si nous disons que nous avons fait une prise de sang pour savoir si, sur le plan hématologique, il y a un problème, nous ne dévoilons rien d'un secret et

nous ne répondons pas exactement aux questions. La destination n'a pas à être cachée car la famille va bien se rendre compte dans quel service nous la dirigeons.

Dans chaque cas, il est préférable à mon avis de dire aux familles que le médecin pourra donner les informations.. Pour ma part, je répondrai ainsi : « Je ne peux vous répondre car je suis tenue au secret médical mais si vous le souhaitez vous pouvez vous renseigner auprès du médecin. » Je saisis que cette réponse est une façon de « se cacher » derrière le médecin qui lui aussi est tenu par le secret professionnel sauf si le patient l'autorise à divulguer une partie ou la totalité des informations.

Le renseignement au compte goutte que fait une des personnes interrogées est un moyen de se sentir moins inadapté, d'avoir meilleure conscience. La famille est tenue « informée ». C'est une façon plus humaine, nous nous mettons à la place de la famille, par le vécu... et nous ne souhaiterions pas que quelqu'un nous fasse la même chose. Je donne comme définition à l'information : « donner, sans rien attendre en retour. L'information facilite l'échange et met en place la communication. Elle permet la mise à jour de nos connaissances, de nos acquis. Etre informé, c'est rester ouvert d'esprit, être dynamique, c'est être moins déstabilisé face à une nouvelle situation. » L'échange, la communication sont importants dans notre profession.

Nous nous devons de parler, d'éduquer les personnes et les familles dans un langage clair et adapté. Nous n'allons pas utiliser un vocabulaire, un « jargon médical » qui, pour les personnes étrangères au milieu, est comparable à du « charabia ». Elles vont perdre le fil de la conversation et ne comprendront plus rien. Certaines n'oseront pas nous faire répéter par peur d'être en quelque sorte sous-estimée. L'utilisation d'un vocabulaire spécifique est un moyen de se cacher et de ne pas faire face au dialogue. Il permet au soignant de présenter à la famille son côté professionnel, rationnel et quasi déshumanisé qui n'est en fait qu'une manière pour lui de se protéger face aux nouvelles (dans ce cas souvent mauvaises) qu'il leur apporte et qui le touche plus profondément qu'il ne voudrait bien l'admettre.

Des familles peuvent avoir des difficultés de compréhension face aux transferts inter-hôpitaux. (Nous revenons au problème de place.) Elles ont l'impression que si la personne n'est pas dans le service adéquat, qu'elle y sera mal soignée voire même « condamnée ». Les hospitalisations au C.H.U, c'est à dire dans une structure de référence, peuvent procurer une angoisse car cet hôpital, avec ses imposantes spécialités, peut faire peur. Il est de coutume de dire que des structures aussi importantes ont tendance à « broyer » les gens. D'autant plus qu'ils viennent d'hôpitaux périphériques plus « familiaux ». Le C.H.U a une connotation de gravité. Je pense qu'il est dans notre devoir de rassurer les familles face à aux soucis de place ou de transfert. Nous devons expliquer aux familles la raison, l'intérêt de ces situations. Nous devons dédramatiser et tenter de diminuer l'angoisse.

L'utilisation de la famille comme moyen d'explication des thérapeutiques est une façon de faire bonne et intelligente. L'éducation donnée au patient et à la famille est mieux perçue et mieux reçue. Il existe nombre de couples de personnes âgées où la femme connaît parfaitement le traitement de son mari, alors que lui, non. La famille doit être placée dans un

rôle important. Elle est parfois utile lorsque la personne ne peut parler à cause de sa maladie... Nous ne devons pas oublier le rôle des parents car ils sont autant concernés que leurs enfants lors des traitements sans oublier la charte de l'enfant hospitalisé (cf. annexes V).

#### **QUESTION N°4 :**

*« Que pensez-vous de vos réponses ? »*

Le sentiment d'insatisfaction des personnes interrogées est tout à fait normal. Moi-même, je le ressens lorsque les informations que je fournis ne sont pas celles que les familles attendent. L'information donnée n'est pas bonne au sens que nous ne sommes pas honnêtes envers les interlocuteurs. Reprenons la définition du mot « information » : c'est donner un renseignement, c'est à dire donner quelque chose de nouveau. L'échange, dans les cas présentés, est « biaisé » car de manière générale, les réponses sont plutôt « expéditives ». Il y a parfois réponse pour satisfaire une demande, pour ne plus être « ennuyé » par la famille.

Je comprends très bien l'état de mal-être de la part des personnes interrogées car je l'ai vécu plusieurs fois. Le mal-être s'installe dès le moment où la famille nous questionne. Nous avons en nous « une petite voix » qui nous rétorque : « Secret médical ! » La dualité est intense. Puis lors de notre réponse, un sentiment de culpabilité apparaît et nous met mal à l'aise. Ce mal-être est entier si la famille nous remercie de notre amabilité et d'avoir répondu si gentiment à leurs interrogations alors que nous savons pertinemment que nous avons éludé au maximum les questions. Dans les situations graves, ce mal-être est encore plus intense car nous sommes dans la connaissance mais pas la famille. Nous détenons des éléments capitaux : état réel de la personne, degré de gravité immédiat ou à court terme, pronostic, tous ces éléments qui nous permettent de juger « froidement », rationnellement des chances de survie d'une personne mais qu'une famille ne pourrait intégrer. Notre conscience est lourde, car il serait plus logique que ces personnes soient au courant en premier.

#### **QUESTION N°5 :**

*« Selon vous, qui peut donner les informations aux familles ? »*

Je suis d'accord sur cette réponse collégiale : les médecins peuvent donner les informations aux familles. Mais je tiens à préciser certaines notions. Le médecin peut informer la famille à condition que le patient ait donné son accord. La famille peut être informée par le patient lui-même. Le code de déontologie médicale prévoit que le patient peut être laissé dans l'ignorance du diagnostic de sa maladie si le pronostic est très péjoratif et que le médecin estime en son âme et conscience qu'il ne pourra pas ou ne voudra pas le recevoir. Dans ce cas particulier, la famille peut être prévenue. Ce cas particulier, dérogation au secret

médical, n'est possible que si le médecin estime que le patient ne pourra entendre et gérer cette révélation. Les médecins connaissent mieux ce dont souffre la personne. Nous n'avons pas toutes les informations. Par notre formation, nous ne pouvons que supposer. Même problème dans le secourisme associatif : nous sommes formés à dépister des signes mais pas à faire des diagnostics. Si la personne présente tous les signes d'une fracture du col du fémur : douleur, hématome au niveau de la hanche, raccourcissement de la jambe, rotation externe du pied, impossibilité de décoller le talon ... nous ne pouvons que dire « suspicion de fracture du col de fémur ».

Je pense malgré tout qu'il y a certaines choses objectives qui peuvent être dites. Reprenons l'exemple de la fracture. Il est vrai que si la personne monte dans le service d'orthopédie car elle présente une fracture du tibia, je peux difficilement dire à la famille : « je ne peux pas vous dire ce qu'elle a ! », alors que je viens juste de leur dire que la personne va monter dans ce service ou qu'elle est en salle de plâtre. Chaque situation est à discuter. A mon avis, certains diagnostics concernant des pathologies traumatologiques simples peuvent être confiés mais uniquement à la famille proche et pas dans tous les cas (il est évident qu'une immobilisation plâtrée est souvent synonyme de fracture ou d'entorse grave). Par contre, pour un problème médical, je ne dirai rien et je les orienterai vers le médecin. Les « petits bobos », les choses bénignes peuvent parfois être annoncées car cela va rassurer et diminuer l'angoisse mais cela au mépris du secret professionnel.

Le téléphone est un gros problème, car nous ne pouvons pas vérifier l'identité de la personne. Il faut être logique mais je répondrai selon la situation et en fonction de la personne qui est à l'autre bout du fil. S'il s'agit de l'employeur lors d'un accident du travail, je ne dirai rien et je l'orienterai vers le médecin. Rappelons la définition de la famille selon le Dictionnaire Universel Francophone de 1997 : « Ensemble de personnes formé par le père, la mère et les enfants. Ensemble des enfants issus d'un mariage. Ensemble de toutes les personnes ayant un lien de parenté. » et la définition de l'entourage : « Ce qui entoure pour protéger, orner, etc. Ensemble des personnes qui vivent habituellement auprès de quelqu'un. ». Selon moi la famille a un sens très large. La famille est le lien du sang mais aussi un lien d'amitié, d'amour très fort. C'est l'Etre qui choisit sa famille. Pour certains, cela reste traditionnel mais pour d'autres, non. L'entourage est synonyme de famille. Pour certains, l'entourage comprend essentiellement les amis, les voisins, le quotidien. Nous définissons notre propre famille. Je ne dirai pas grandes choses par téléphone, s'il s'agit de la famille au sens légal de la personne ou de SA famille. Je serai plus tentée de dire si la personne est hospitalisée et je l'orienterai systématiquement vers le médecin. A la différence avec l'employeur auquel je ne donne pas d'information mais que je renvoie lui aussi au médecin s'il se fait insistant.

Une note de service relative au secret et à la discrétion professionnelle a été affichée dans un établissement de santé (cf. annexes VII et VIII ), il est dit :

- « Ne pas communiquer d'informations précises par téléphone »
- « Ne pas fournir d'informations sans l'accord du chef de service et de la direction à la presse, police, compagnies d'assurance... »

- « Renseigner l'entourage du patient avec le maximum d'égards et de tact en veillant à ne pas trahir le secret médical. Seul le médecin est habilité à communiquer au patient ou à sa famille les informations relatives à son état de santé. »

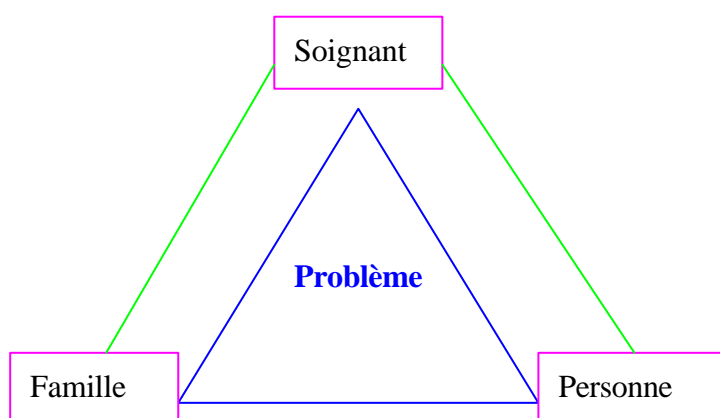
La dernière consigne est assez vague : que recouvre « renseigner avec égards et tact » ? Que pouvons-nous dire exactement ?

J'avoue que la réponse de l'entretien n°3 concernant la cinquième question : « *les cadres infirmiers peuvent donner des informations par rapport au décès, ils sont plus détachés, plus libérés au niveau des émotions car nous ne pouvons pas être neutres.* », m'a énormément surprise car je ne l'avais jamais imaginée. Je ne sais pas exactement s'ils sont plus détachés et s'ils peuvent plus facilement faire face aux familles dans les situations graves. Je pense que tout dépend de leurs caractères, de leur expérience... ils peuvent prendre le relais si la situation le nécessite. Ce point de vue est intéressant et je pense doit être gardé à l'esprit.

### **QUESTION N°6 :**

« *Pour vous quelle(s) est(sont) la(les) situation(s)la(les) plus difficile(s) à gérer ?* »

Les situations difficiles à gérer sont comparables à un triangle. Nous avons comme exemple des situations difficiles pour le soignant, la famille et la personne. Chaque acteur dépend des deux autres. Nous pouvons l'illustrer comme ceci :



Le comportement de l'un entraînera un sentiment chez l'autre et une action chez le troisième et vice et versa... Par exemple : la personne souffre, ce qui entraînera une angoisse chez la famille et une certaine tension chez le soignant ; si le soignant laisse montrer une incertitude, cela majorera l'angoisse de la famille, angoisse qui se traduira chez la personne par une douleur plus intense. Ces situations difficiles sont dues peut-être à des ressentis, des vécus personnels, ses propres angoisses, peurs, craintes... Elles sont difficiles à gérer car elles nous rappellent quelque chose que notre inconscient peut avoir refoulé.

La pensée de se retrouver seule face à la douleur est pénible. Je pense que c'est dur de rester auprès de quelqu'un qui souffre lorsque nous sommes impuissants, c'est à dire lorsque nous n'avons pas de prescriptions médicales. Une meilleure prise en charge de la douleur est actuellement un des objectifs prioritaires de Santé Publique mais dans certains cas d'urgences, nous ne pouvons rien faire par manque de consignes médicales immédiates. La douleur majore l'angoisse, qui majore la douleur. En traitant l'une, nous minorons l'autre. Notre présence peut être suffisante pour rassurer mais parfois il n'en est rien. La notion de douleur est subjective et propre à chacun. Lorsque nous sommes seuls nous devons en premier lieu nous battre par tous les moyens contre cette angoisse qui pèse sur la personne mais aussi sur la famille, famille qui parfois a un « effet tampon » et qui peut permettre de « radoucir » la situation.

L'angoisse de certains professionnels est de faire face à un décès « précoce ». Ceci est surtout spécifique du service de gynécologie accueillant les urgences. Ces complications, en tant que femme, nous interpellent. La maternité nous touche car nous avons des désirs... et ces situations sont le reflet, pour certaines, des appréhensions de nos futurs maternités ou le reflet des problèmes de notre passé, de notre entourage. Le soin dans ces situations est difficile, car un événement, un état qui devait être heureux, empli de bonheur devient une « catastrophe ». Les déceptions sont profondes et difficiles à supporter. La peine de la personne et de sa famille est lourde et difficile à gérer.

La gestion d'une urgence vitale est plus technique que l'annonce d'une maladie parfois longue et difficile. Les gestes sont plus faciles à réaliser que les mots à employer face à une telle situation. Je ne sais pas exactement comment me placer face à ce dilemme car je n'ai que peu d'expérience en ce qui concerne l'urgence vitale et l'annonce d'une maladie grave potentiellement mortelle. Je n'ai été jamais seule lors de ces moments, j'avais une infirmière à mes côtés qui me secondait. En ce qui concerne la famille, je pense que je serai plus « à l'aise » lors de l'annonce d'une maladie que lors d'une urgence vitale dont le pronostic serait très réservé à très court terme. Je me dirai que la famille a encore le temps de « profiter » du proche. D'un autre côté, elle le verra souffrir et éprouvera une peine différente et vraisemblablement plus longue.

La mort brutale est difficile à gérer car elle nous renvoie à nos propres angoisses, à notre vécu et surtout à notre propre mortalité. Inconsciemment, nous nous disons : « Et si c'était moi ? Et si c'était ma mère, mon père, ma famille... ? » La mort entraîne peine et tristesse, larmes et pleurs. Il est difficile de lui faire face. Notre empathie intensifie les émotions présentes tout autour de nous. Ici aussi les mots sont rares, nous sommes dans une position fragile car nous ne savons pas quelle attitude adopter. La sensibilité accrue de certains soignants rend parfois extrêmement pénibles ces moments. Le fait que ce soit un jeune est souvent plus difficile car selon notre moral, notre conscience, cela est « contre nature ». Le décès d'une personne âgée sera plus concevable car inconsciemment nous nous déculpabilisons en nous disant que cette personne « a vécu ». Plus la personne sera jeune par rapport à nous (ou pire aura à peu près le même âge), plus nous aurons des difficultés. Cela nous renvoie à notre propre mort.

L'annonce d'un décès est un moment particulier, nous devons la moduler en fonction de la personne en face de nous. Un tel événement n'est pas anodin ni sans conséquences même pour nous. Pour moi, lors de mes différents stages, l'annonce d'un décès à une famille est en quelque sorte une « bête noire ». J'admire les infirmier(e)s et prends note, car je sais qu'un jour je devrais y faire face. Les mots justes sont une denrée précieuse, donc rares. Chaque mot à son importance. Chaque mot restera gravé dans l'esprit de la famille. Un terme mal choisi peut blesser, faire naître une rancœur vis à vis de l'équipe soignante voire même retarder le travail de deuil. Chaque mot doit être pesé avec d'innombrables précautions même en cas d'urgence.

La fugue de personne suicidaire placée juridiquement nous permet de discuter de deux choses. Tout d'abord, l'impossibilité d'un échange est pénible. Jugeant que la personne se met et/ou met les autres en danger, le médecin peut alors être obligé de signer une Hospitalisation sur Demande d'un Tiers parfois en urgence ( art. L 333, L 333.1 et L 333.2, cf. annexe IX ), nécessitant la signature le plus souvent d'un des membres de la famille pour l'hospitaliser contre sa volonté. Ceci va à l'encontre de la Charte du patient hospitalisé (cf. annexes IV ). On estime dans ce cas que la personne n'a plus de « conscience » suffisante pour juger la situation et on la remplace alors par la conscience d'une personne bienveillante envers elle. Le soin contre la volonté du patient se réalise péniblement, les rapports de force sont omniprésents. Nous devons bien informer la famille mais surtout la personne signataire de la nécessité de l'hospitalisation sous contraintes même si la procédure peut paraître coercitive. La fugue d'une personne suicidaire placée est une forte responsabilité. Nous avons l'angoisse qu'elle réussisse son passage à l'acte. Cela met en échec nos schémas de soins. La famille peut monter une incompréhension car la sachant au départ dans un service d'urgences et d'accueil, elle pensait que leur proche était en sécurité. Le suicide reste de plus un sujet tabou dans notre société. Je tiens à souligner que l'incidence des tentatives de suicides est en Bretagne (et dans le Finistère) nettement supérieure à celle des autres régions de France. Nous sommes donc particulièrement exposés à ce type de problème. L'approche des familles de suicidaires et de suicidants est importante : notre rôle n'est pas de les informer sur ce que la personne a exactement, mais de les écouter, de montrer que nous sommes là, disponibles pour les entendre. Nous devons tenter de les déculpabiliser, leur expliquer que les signes d'un désir de mourir ne se perçoivent pas dans tous les cas.

### **QUESTION N°7 :**

*« Souhaitez-vous rajouter quelques choses d'autres ? »*

Je comprends bien que de se retrouver seule face à la famille est difficile. Nous sommes plus habitués de travailler en équipe. Ceci fait partie de notre rôle propre. Les autres partenaires de santé sont importants. La relation médecin-infirmière est importante car nous pouvons donner au médecin certaines informations collectées par nos propres soins auprès de la personne et de sa famille. Nous avons un rôle de médiateur. Sa présence nous permet

d'effectuer des gestes sur prescriptions. Donc, dans certaines situations d'urgences, nous ne pouvons rien faire sans lui à moins d'avoir un protocole signé par le chef de service.

Nous pouvons réaliser une action très importante lorsque nous sommes seules et que nous attendons le médecin : lever l'angoisse. La situation est moins tendue, plus sereine et la famille sera aussi plus calme. Nous devons gérer l'angoisse de la personne et de sa famille mais aussi la notre. La présence du médecin lève notre angoisse car alors nous avons la sensation de pouvoir faire quelque chose, d'être utile mais aussi le médecin soulage le patient car il se sent plus en sécurité. Si l'angoisse est levée la personne aura souvent moins mal et la relation triangulaire sus-citée s'harmonise dans le bon sens. L'infirmièr(e) doit pouvoir s'occuper du patient et de sa famille pour démystifier et rassurer. L'atmosphère doit être agréable et sereine. Si l'entourage montre un sentiment d'angoisse, il retentira aussitôt sur le malade. (cf. annexes III et XII ).

Le décalage entre nos connaissances et nos sentiments par rapport à la famille nous procure un certain mal-être, une certaine mauvaise conscience. Nous savons et nous avons peur de dire, de trop dire. Ce savoir est lourd. Inconsciemment, nous allons être affectés. Les rapports que nous avons avec notre famille peuvent interférer avec nos relations vis à vis de la famille qui est en face de nous. Il est par exemple plus difficile alors de concevoir qu'une famille soit désappointée face à un cousin qui est malade ou qu'elle vient de perdre si l'on n'a soi-même que peu voire pas de rapport avec nos propres cousins. Ceci peut entraîner un problème de communication, d'échange. L'empathie n'intervient plus.

Je pense que de sélectionner une seule personne de la famille pour recevoir les informations est une bonne chose. En effet, le dialogue, l'échange sera fera mieux s'il n'y a que deux personnes. De plus, la vérité ne peut être reçue par tout le monde. Nous devons aider le médecin à choisir cette personne qui a la capacité d'écouter mais surtout d'entendre. Ce choix n'est pas évident lorsque l'on ne connaissait cette famille que depuis quelques minutes. De plus, certaines personnes se disent apte à tout entendre, à tout voir... mais il n'en est rien. Elles ne sont pas prêtes à écarter leurs fantasmes, leurs espoirs profonds pour apercevoir l'impossible vérité.

Il est cohérent que le langage utilisé par chaque professionnel de santé doit être adapté à chaque situation et personne. Nous avons déjà traité ce thème ( cf. supra). Mais, je pense qu'il faut reprendre et insister sur ces mots qui me semblent les plus importants dans mon travail de fin d'étude : « Clair », « Compréhensible » et « Humain ».

Je ne reviens pas sur le problème du téléphone que nous avons déjà abordé. Ce professionnel reprend le thème du choix de la personne apte à entendre les informations données par le médecin. Il est vrai que les mots utilisés doivent être modérés selon les personnes. Je ne suis pas d'accord avec l'idée exprimée : que le médecin doit dire au moins le diagnostic à la famille. Cela va à l'encontre du droit de la personne au secret professionnel. Si cette personne autorise le médecin, il en est autrement .

# CONCLUSION

L'accueil d'une personne et de sa famille fait partie intégrante du rôle propre de l'infirmier(e). Cependant, c'est une étape qui, bien qu'essentielle, reste difficile à gérer aussi bien pour l'équipe soignante que pour la personne et sa famille. L'information donnée par l'infirmier(e) à l'entourage d'une personne se présentant aux urgences ne comporte pas de règles : divisé entre une Loi rigide, déshumanisée mais protectrice et une famille inquiète déversant son flot d'émotions, le soignant ne peut que s'adapter en permanence, au cas par cas, au risque parfois de flirter avec l'illégalité ou de s'attirer les foudres d'une famille. En l'absence de schéma établi et/ou de formation adéquate, l'infirmier(e) ne peut se raccrocher qu'à sa logique, ses expériences ( ou celles de ses collègues ), ses émotions elles-mêmes fruits de sa sensibilité et de son vécu.

Ce travail bâti à partir de situations vécues soulève en moi une nouvelle interrogation : que faire pour améliorer cette situation ? A l'instar de l'étude brute de cette loi que nous effectuons en première année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, ne serait-il pas plus judicieux d'y ajouter un module de communication, essence même d'une relation et donc du Soin ?

# **PLAN DE LA SOUTENANCE**

## **❖ ERRATUM :**

## **❖ PRESENTATION SUCCINCTE DU TRAVAIL :**

- Cheminement vers le choix du sujet :
- Moyens mis en œuvre :
  - Mots clefs :  
Accueil ; Urgence ; Information ; Famille ; Entourage ; Connaissance
  - Recherches documentaires.
  - Stages.  
Service d'accueil et d'urgences et service de gynécologie accueillant les urgences.
  - Entretiens.
- Rappel de l'analyse des entretiens :
- Rappel des résultats des entretiens :
- Opinion personnelle :
- Difficultés et manques :
- Aspects positifs :

## **❖ NOUVEL APPOINT :**

- La notion : « MacD'Hôpital »

## **❖ DISCUSSION :**

## ❖ NOUVEL APPOINT :

### ➤ La notion : « MacD'Hôpital »

Je souhaite de vous parler d'un thème juste abordé dans mon TEFÉ.

Le « MacD'Hôpital » correspond aux chaînes dites Fast-Food. Ici, ce n'est pas la nourriture qui est rapide mais le diagnostic et les soins qui doivent l'être. Les personnes pensent que comme il s'agit d'un service d'urgence, dès qu'elles franchiront la porte, elles seront prises en charge immédiatement. Elles ont le sentiment profond d'être prioritaires. Peut-être, imaginent-elles que nous sommes là devant un guichet, bondissant à la moindre arrivée, en disant : « Bonjour et bienvenu chez MacD'Hôpital ! Vous désirez votre commande sur place ou à emporter ? » Mais elles ne savent pas que d'autres font la même chose.

Le passage chez le médecin généraliste ne s'effectue pas, alors qu'il pourrait résoudre le problème plus rapidement, mais les gens ne veulent pas attendre chez lui. Parfois, le médecin ne consulte pas ce jour et la personne n'a pas l'idée d'aller en voir un autre. Certaines viennent et nous disent que le médecin ne pouvait pas les prendre avant 18 heures, alors qu'il est 16 heures et qu'il y a au moins 3 heures d'attente. C'est un comportement très paradoxal !

Pour ma part, j'ai des difficultés à concevoir que des personnes viennent pour « peu de choses », alors qu'ils iraient plus vite en allant chez leur médecin traitant. Gardons quand même à l'esprit que les notions d'urgence ressentie et d'urgence réelle sont parfois bien éloignées l'une de l'autre. Mais pour certains il est plus facile de franchir la porte des urgences, car c'est plus près, et/ou parce qu'ils ne sont pas obligés de régler les soins immédiatement (Ceci reste une hypothèse.) L'avance des frais n'est pas à faire, la notion d'argent n'est pas à l'esprit, donc la consommation est plus grande. Cela serait peut-être différent s'ils devaient en faire l'avance.

Certains médecins traitants préfèrent envoyer directement les gens aux urgences car la famille est très demandeuse et réclame l'hospitalisation de leur proche. Le médecin cède sous le poids de cette pression. Je tiens à ajouter qu'il ne s'agit pas d'une généralité mais j'ai pu observer ce fait à plusieurs reprises.

Ces réactions sont dues à notre société de consommation, à nos mœurs. C'est la loi du « tout et tout de suite ! ». Ici, la mise en relief de ce problème au reste de la société est à penser.

La communication à tous niveaux permet d'éviter ou de désamorcer les conflits, avant la plainte officielle.