

Familles en état de choc

Les services d'accueil des urgences (SAU) sont un lieu où les décès sont loin d'être inhabituels. Le contexte d'urgence est peu propice à une annonce de qualité, pourtant essentielle pour l'avenir des familles.

QUAND CERTAINS praticiens peuvent prendre le temps de réfléchir à la façon dont ils vont faire une annonce, les urgentistes doivent la gérer dans l'instant, sans commettre de faux pas. Aux urgences, ce n'est pas le handicap ou la maladie que l'on annonce, mais l'abandon de l'espoir et la mort. L'annonce est toujours faite dans un contexte de crise, souvent auprès de familles affolées, pour qui l'évidence est impossible à entendre.

Comme le rappelle le Dr Jean-Marie Haegy (SAU Hôpitaux civils de Colmar), responsable du groupe de travail Ethique de la Société française de médecine d'urgence*, « le rôle du médecin est fondamental dans l'annonce du décès », en particulier dans le cas de la mort d'un jeune, qui provoque un « effondrement total » et n'a de sens « ni pour la famille ni pour les soignants ».

Culpabilité, révolte ou déni. Un aspect essentiel est le contrôle de ses paroles, gestes et silences afin d'éviter plus tard à la famille de porter une culpabilité « pour le restant de ses jours ». Malgré le contexte de l'urgence, il faut savoir laisser le temps aux proches,

sidérés, de prendre graduellement conscience de la réalité.

Le Dr Haegy explique comment il est possible de procéder, lors du décès d'un jeune sur la route, alors que la famille, très souvent alertée par les forces de police (et dans tous les cas jamais informée du décès par téléphone), arrive « affolée » dans le service. « On les fait asseoir », explique le Dr Haegy, puis on leur dit : « La réanimation est en cours, les lésions sont extrêmement graves mais on va faire notre possible » (on essaye de positiver). Pour laisser la famille réfléchir – « On va en salle d'urgence voir ce qui se passe, puis on revient » – en conservant le même référent. Le médecin prévient alors : « Le cœur s'est arrêté, on est en train de masser. » « On monte d'un degré l'information », explique le Dr Haegy. Enfin, le médecin revient une troisième fois dans la salle et « très souvent ils comprennent : "Il est mort ?". On reste avec eux, on s'assied, on propose du café, on commence à parler. » Il est important que la famille prononce le mot « mort » ou « mourir » et, si ce n'est pas le cas, que le médecin le répète à plusieurs reprises, car souvent les proches ne l'entendent pas.

A ce moment-là, explique le Dr Haegy, commencent les sentiments de culpabilité (« Je lui avais dit de ne pas sortir », « C'est moi qui lui ai acheté son scooter. ») Le médecin doit alors déculpabiliser la famille – « Vous n'êtes pas responsable, ce sont

des choses qui arrivent à tous » – pour lui éviter de porter ce « poids trop lourd » en plus de la souffrance. Le Dr Haegy cite également d'autres réactions fréquentes : la révolte (copains qui tapent dans les murs, proches qui remettent en cause les compétences médicales) ou le déni (refus « tout à fait normal » d'intégrer la réalité de la mort). Là aussi, il revient au médecin de prendre en compte la souffrance des gens et de la verbaliser, sans pour autant la faire sienne : le médecin est « un médiateur dans cette situation de crise ».

Se méfier de ses propres réactions. Pour autant, les praticiens restent des êtres humains heureusement non dénués d'émotions. Certains se protègent en étant froids et hermétiques, « le signe d'un manque de formation et d'une peur, souvent, du médico-légal », explique le Dr Haegy. D'autres tentent de se libérer du poids oppressant de l'annonce en négociant leurs décisions : « Soit je l'intube, et je ne sais pas ce qui va arriver, soit je ne l'intube pas, et il meurt : que décidez-vous ? »

Un comportement que condamne fermement l'urgentiste, qui y voit un transfert insupportable de la responsabilité – donc, de la culpabilité d'une décision qui ne sera jamais la bonne – sur les proches. S'il est dangereux pour le praticien de se mettre à la place de la famille (qui est dans l'affect et l'irrationnel, alors que le médecin doit être dans la recherche d'informa-



Le contexte d'urgence est peu propice à une annonce de qualité

tions pour optimiser les soins), il n'est pas interdit d'exprimer certaines de ses émotions de façon positive. « Vous pouvez avoir des gestes de compassion, prendre les mains de la mère, regarder dans les yeux, tapoter l'épaule », explique J.-M. Haegy, qui estime que l'on peut également prendre le temps de dialoguer, voire de se livrer un peu pour « dire aussi qu'on est des hommes ». Il est parfois nécessaire de faire une réanimation « compassionnelle » pour laisser le temps à la famille d'arriver, puis au praticien « d'expliquer et de réexpliquer ». Il est souvent possible d'identifier un membre de la famille un peu plus « solide », plus réceptif. Dans tous les cas, la formation et la mise en place de protocoles sont essentielles : ils aident le médecin à surmonter le sentiment d'échec et à

se placer en tant que professionnel auprès d'une famille en état de choc. Enfin, le Dr Haegy précise les limites d'une bonne collaboration ville-SAU autour de la question de la fin de vie, dans le cadre d'une « chaîne de l'éthique » : s'il réprovoque l'attitude de certains médecins qui visitent régulièrement des patients âgés très atteints sans initier de prise en charge adaptée, comptant sur les urgences en cas de crise, il approuve au contraire l'attitude du médecin de famille qui pressent la fin de son patient mais, eu égard à la famille et pour prendre une décision de façon collégiale, demande un second avis aux urgentistes.

> FLAVIE BAUDRIER

* Le groupe Ethique de la SfmU a édité des recommandations concernant l'éthique et la fin de vie aux urgences.