
DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE « ETHIQUE EN SANTE »
2015-2016

« RÉFLEXION ÉTHIQUE ET PHILOSOPHIQUE POUR LE SOIN, L'ENSEIGNEMENT ET LA
RECHERCHE EN SANTÉ »



S. HENNEBICQ – Pr R. JUVIN
Mme N. CARLIN



Pr F. CHAPUIS – Pr JF GUERIN
Mme F. DOIRET



Dr P. VASSAL – Pr B. LAURENT
Pr F. LUCHT

« L'acc-oeil » aux urgences, une autre manière de voir...

Là où s'arrête l'urgence, et commence l'autre.

Alain SIGAL

Mémoire soutenu le 8 septembre 2016

Tuteur Académique - Pr. Jean-Jacques WUNENBURGER - Lyon

Tuteur Professionnel - Dr. Jean BARBEYS - Villefranche Sur Saone

Titre :

**« L'acc-ueil » aux urgences, une autre manière de voir...
Là où s'arrête l'urgence, et commence l'autre.**

Résumé :

Avec la transformation de la relation de soin, l'évolution consumériste de la société, le besoin de réponse immédiate et les nombreux dysfonctionnements de notre système de santé le recours aux urgences est devenu banal et sa fréquentation ne cesse de croître. L'urgence médicale vraie se noie dans de nombreuses consultations de l'ordre de la médecine générale. Or le médecin urgentiste, formé aux véritables urgences et à y répondre de manière technique, se trouve confronté à une pratique qu'il n'envisageait pas forcément : celle d'accueillir l'autre sans urgence.

Il semble donc y avoir un hiatus entre « accueil » et « urgence » ou du moins deux dimensions intéressantes à corréler à celles du soin : le « care » et le « cure ». En s'appuyant sur l'éthique du « care » et en la confrontant à l'omniprésence du « cure » aux urgences, l'objet de ce travail est de dégager la tension qui peut y avoir entre ces deux aspects du soin. L'espace temps des urgences par toutes ses contingences semble limiter le « care » qui pose la question de sa place dans ce cadre.

L'enjeu, pour ne pas que la relation de soin aux urgences ne sombre dans la simple prestation de service, ou dans l'hypertechnicité médicale est d'examiner comment la place de l'accueil, dans sa dimension de « care », permet au médecin de restaurer l'humanité de la relation. Ceci paraît fondamental: pour le patient qui s'expose dans sa vulnérabilité en tant que personne et demande une réponse à la fois médicale et singulière; et pour le médecin, qui s'il déshumanise ses actes, perd le sens de sa vocation.

Mots clés

Accueil - Ethique du « Care » - Service d'Accueil des Urgences (SAU) - médecine d'urgence - Compétences - Sujet de soin - Relation médecin malade - Temps - Immédiateté

Adresse de l'auteur

376 Route de la vallée, 69380 CHESSY LES MINES

SOMMAIRE

Introduction

La Question : « *Comment mettre en œuvre l'accueil de l'autre aux urgences, entre contingences techniques et **care** ?* »

I/ L'urgence, l'accueil et l'autre : Etat des lieux

1. Les urgences hospitalières
2. La temporalité
3. Le geste, l'écoute & la parole
4. L'accueil de l'autre

II/ Entre idéal et réalité... quel écart ?

1. Les compétences requises de l'urgentiste
2. Quels médecins sommes nous ?
3. Trois témoignages d'urgentiste
4. Cinq situations d'urgence
5. Quel écart ?

III/ L'accueil de l'autre dans notre système de soin.

- 1. Quel « Care » aux urgences ?**
- 2. Ce qui le légitime ?**
- 3. Un frein à la sollicitude**
- 4. Comment accueillir ?**
- 5. L'éthique du quotidien**

Conclusion

Bibliographie

Annexe

Grille d'entretien

Entretien Dr A.

Entretien Dr B.

Entretien Dr C.

Introduction

Le choix du métier d'urgentiste repose sur différentes motivations mais l'une essentielle d'entre elles est certainement la représentation que l'on a de l'urgence et de l'exaltation qu'elle procure. L'envie de « sauver des vies », d'être là au bon moment, dans l'action immédiate, présent et en présence de l'autre pris entre la vie et la mort et vaincre ces limites grâce à la médecine et le geste qui sauve... Un certain goût pour la dramaturgie et une volonté inassouvie de toute puissance, peut-être...

La réalité des urgences est tout autre. Si l'on reste accroché à cette image, le quotidien peut laisser une certaine amertume. L'évolution de la médecine, de la société, de l'hôpital, de la relation de soin ont considérablement modifié le travail aux urgences et le rôle du médecin qui y pratique. Il arrive de temps à autre d'y avoir une montée d'adrénaline, mais la banalité des consultations et la diversité des urgences l'emportent sur le spectaculaire.

Comment redonner sens à une pratique dont l'ambition initiale est d'être, toujours et encore plus, dans une maîtrise technique et de savoir, afin de la déployer au moment opportun en conditions extrêmes ? Que faire d'une médecine qui vise l'efficacité maximale et met l'accent sur la véritable urgence médicale alors qu'elle ne se confronte au quotidien qu'à des problèmes ne justifiant que peu ce vers quoi elle est orientée...

Partant de ce clivage entre la visée de la médecine d'urgence et son quotidien, il m'a paru pertinent de s'intéresser davantage à ce qui fait l'essentiel de l'activité dans les services d'urgences de nos jours à savoir des consultations de médecine générale ou gériatriques, de la petite traumatologie, des problématiques d'ordre social ou psycho-affectif, etc...; de réfléchir au sens de ma pratique et de la richesse cachée qu'elle recelle si on commence à s'intéresser à l'autre en tant que sujet de soin et non en tant qu'objet « techniquable » tel que le requiert l'urgence.

Il s'agit ici de redécouvrir que les services d'accueil des urgences ont deux missions : l'urgence et l'accueil. Que l'un est prépondérant sur l'autre car médiatisé et valorisé et l'autre négligé. Que ces deux pôles peuvent être mis en tension mais se complètent aussi. Que peut-être,

nous, médecins urgentistes avons été très bien formés pour devenir performant et gérer techniquement l'urgence médicale mais sommes démunis devant l'accueil de l'autre qui fait pourtant l'humanité de notre métier.

En s'éclairant de l'éthique du care, qui montre que le soin a deux aspects, le « cure » au sens thérapeutique et le « care » au sens de prendre soin de l'autre, un parallèle peut être établi avec la bipolarité de l'urgence et de l'accueil, et de leur complémentarité. Il paraît intéressant de relier ces deux aspects et de les relire à l'aune du care et du cure. Proposer un nouveau regard sur l'accueil, ou sur « l'acc-oeil » (« être avec » sous un autre oeil), son sens profond, ce qu'il requiert et ce qu'il mobilise chez les urgentistes est l'objet de ce travail.

En dégageant les contraintes et spécificités de l'urgence, puis en interrogeant trois médecins sur leur perception de l'accueil aux urgences dans leur pratique, nous allons nous demander comment une éthique du care se justifie aux urgences, ce qui la freine et ce qui la favorise. Sans aborder l'urgence vitale ou médicale vraie, nous allons dégager quelle forme peut prendre l'accueil de l'autre aux urgences, et comment le mettre en oeuvre dans sa dimension de care, afin de tenter de proposer ce que pourrait être une éthique du care adaptée à l'urgence en une éthique du quotidien.

1. Les Urgences hospitalières

Situées au carrefour de l'hôpital et de la société, cette position fait d'elles un lieu de rencontres et de liens très riches avec d'une part toute la société médicale intra-hospitalière et d'autre part, tout le monde extérieur. En étant la seule porte d'entrée ouverte la nuit pour assurer la permanence des soins, les urgences y trouvent une certaine spécificité et là aussi une position particulière, qui les déterminent à être une structure d'accueil. En ce lieu, ni le patient, ni le médecin ne se choisissent et la relation se noue toujours en une rencontre inattendue. « *C'est un service ouvert - une société ouverte - (...) La présence d'une population bigarrée fait ressembler l'entrée des Urgences et ses salles d'attentes à un hall de gare ou, selon les heures, à un commissariat de police...* »¹

Cette ouverture du monde médical sans regard sur le « qui » et le « quand » entraîne un important polymorphisme de la patientèle, une grande diversité des demandes, des motifs de recours, des pathologies et des problèmes rencontrés. Elle requiert nécessairement pour celui qui y travaille, une polyvalence médicale. Une étude de 2003, de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et de la Statistique (DREES)² montre bien cette diversité faisant ressortir en premier lieu les accidents (59%) et la douleur (43%) comme premiers motifs de recours mais de nombreux autres varient en fonction de l'âge et la catégorie sociale, et les raisons du choix de l'hôpital³.

¹ VALETTE P. *Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique*, Paris, Presses Universitaires de France, « PARTAGE DU SAVOIR », 2013

² BAUBEAU D., CARRASCO V. *Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières*, Paris, DREES, Etudes et Résultats N°215, 2003

³ Idem, p.6 : Six motifs de recours aux urgences : 19% d'utilisateurs à qui l'on a pas demandé l'avis (pompiers, SAMU, etc.), 23% d'utilisateurs envoyés sur avis médical, 15% d'utilisateurs évoquant un échec des solutions précédentes, 14% d'utilisateurs pour une alternative à la médecine de ville, 25% pour les spécificités du service d'urgence, 4% sans raison ou pour convenance personnelle.

L'évolution de la médecine d'urgence et des services d'urgence sur les dernières années s'est faite parallèlement à celle de la médecine générale explique Pierre Valette dans son livre *Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique*⁴. La baisse du nombre de visites à domicile, jadis importante dans l'activité d'un généraliste; la baisse de l'activité médicale de garde des généralistes incitée par les pouvoirs publics, leur désengagement vis à vis de l'urgence, ont contribué à une augmentation de la fréquentation des services d'urgences. Par ce biais, la notion même d'urgence est devenue en pratique ce qui n'est pas programmable : « *Est urgent en médecine, ce qui n'est pas programmé* »⁵

D'emblée, la définition de l'urgence et ce qu'elle sous-tend est ambiguë. Elle doit répondre quoi qu'il en soit à la permanence des soins, c'est à dire que toutes personnes puissent accéder à des soins urgents quels que soient l'heure et l'endroit où elles se trouvent sur notre territoire. Cette nécessité de premier recours, combiné à l'abandon de cette mission par la médecine générale a entraîné un processus de *spatiation* et de temporalisation d'où résultent les services d'urgences. Pierre Valette⁶ explique aussi que ce processus de *spatiation* marche avec celui de spécialisation puisqu'en définissant un espace-temps unique, ce dernier permet l'enchaînement des consultations d'urgence et d'une spécificité de traitement allant même jusqu'à la définition d'une médecine spécifique: la médecine d'urgence.

Le corollaire à la définition d'un espace-temps unique de l'urgence est l'augmentation de ses contraintes. « *Le mot « urgent » restitue la force et la pression. La pression diminue quand la force s'étale dans l'espace et le temps. (...) Cette relation force et pression avec le lien espace et temps crée un monde où violence et urgence se mêlent pour la plus grande détresse des professionnels et des patients.* »⁷

La médecine d'urgence, par opposition aux médecines de spécialités, segmentées et sélectives, est une médecine de masse et une médecine transversale puisqu'elle regroupe toutes

⁴ VALETTE P. *Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique*, Paris, Presses Universitaires de France, « PARTAGE DU SAVOIR », 2013

⁵ Idem, p.60

⁶ Idem, p.59

⁷ Idem, p.62

les urgences de chaque spécialité pour se fonder en une seule spécialité maintenant reconnue. Cependant, « *la médecine d'urgence se distingue de l'urgence médicale par son approche générique des urgences. La médecine d'urgence est tout autant la médecine des Urgences (exercée dans les services d'Urgences) que la médecine dans l'urgence.* »⁸ Une médecine constituée à la fois par sa contrainte temporelle, l'urgence, et constitutive de son propre espace: le lieu des urgences.

Par son caractère de médecine de masse et sa fréquentation, la pratique aux urgences impose la gestion d'un flux de patient. De plus, ce flux ne permet pas de prédire son intensité ultérieure. Ceci oblige donc de travailler parfois très rapidement et donne une sensation de « travail à la chaîne » car il peut y avoir une pression importante générée par la salle d'attente. Par ailleurs ce flux impose aussi de « gérer » plusieurs patients en même temps et donc de créer des consultations à la fois simultanées et fragmentées.

Cependant bien que médecine de masse, cette pratique diffère de la médecine de guerre même si elle s'en inspire et fonctionne de la même manière en cas de catastrophe (incendie, accident majeur, explosion, attentat, etc...) impliquant de nombreuses victimes de gravité différentes. Dans ce cas, un plan rouge (moyens extra-hospitaliers) ou un plan blanc (moyens intra-hospitaliers) est débloqué, plaçant l'urgentiste dans une logique de sauvetage consistant à trier, secourir et orienter dans les plus brefs délais un maximum de victimes présentant des lésions graves ou potentiellement graves, et susceptibles d'être soignées.

L'afflux des patients, hors catastrophe, est un mélange de véritables et de fausses urgences médicales. Pour un grand nombre des demandes, il s'agit d'avantage de consultations relevant de la médecine générale autorisant finalement une certaine attente avant prise en charge et une consultation où un véritable temps médical (entretien, examen clinique, prescriptions d'actes complémentaires, explications...) peut exister. Cependant, la contrainte de flux s'exerce et érode ce temps médical.

D'autres contraintes s'exercent. L'accès facilité aux examens complémentaires d'urgence et l'obligation de moyens, entraînent potentiellement une dérive où la prescription d'examens et

⁸ Idem, p. 61

l'obtention de résultats priment sur le temps clinique et la confiance dans l'expertise du médecin. L'architecture des locaux, souvent en box ouvrables, ne permet pas de préserver l'intimité de la consultation et la pudeur des patients. Enfin, des pressions d'origine institutionnelle en terme d'objectifs de rendements ou de tâches annexes alourdissent le travail et incitent à accélérer la cadence, renforçant l'effet « prestataire de service » des services d'urgences, et semblent dégrader par ce biais la relation médecin-malade.

Les services d'urgences, parfois véritables « cour des miracles », recueillent un étonnant polymorphisme de patients, de motifs de recours et de pathologies. Il semble que les Urgences soient le reflet d'une médecine qui a réponse à tout et témoigne par l'accès aux soins de la façon dont la société considère son rapport au corps et à la maladie. Face à cette diversité et dans un espace temps limité qui impose des contraintes fortes, il semble difficile de trouver une unité. Le seul lien commun semble être le temps... celui de l'urgence... notion simple en apparence sous laquelle s'affiche une pluralité temporelle.

2. La Temporalité

D'un point de vue philosophique, le temps est une notion très complexe que nous n'aborderons pas. Attardons nous simplement sur la distinction que faisaient les Grecs dans l'Antiquité en définissant trois formes de temps : Aiôn, Chronos, et Kairos.

Aiôn est un terme de grec ancien très complexe qui signifie des «aspects temporels» très hétérogènes comme «destinée», «âge», «génération», mais surtout «éternité». Il a surtout le sens d'une durée infinie, qui n'aurait ni véritable commencement, ni véritable fin sans être l'intemporalité. C'est une vision cyclique du temps. Chronos désigne plutôt le temps linéaire, matériel, qui peut se mesurer par l'addition chronologique d'intervalles temporels égaux. Kairos est le temps de l'occasion «opportune». Il qualifie et différencie un moment des autres. C'est un autre «aspect» du temps, créant de la profondeur dans l'instant qui implique une autre perception de l'univers, de l'événement, de soi. C'est une notion du temps non-mesurable, comme par exemple le moment de «crise» où l'homme «sage et actif» intervient parce qu'il a l'intuition qu'il peut changer le «cours spontané des choses».

Le Chronos et le Kairos sont deux notions du temps qui permettent d'introduire les différentes natures du temps de l'urgence : Avec Chronos, le temps objectif, mesurable, sur lequel se fonde toute la réflexion de prise en charge des urgences et définit l'organisation même de l'urgence. Avec Kairos, celui du moment opportun, de l'occasion favorable, de l'instant décisif qui conjugue l'action dans le temps et qui demande au médecin d'être réactif au bon moment, mais aussi d'être présent et en présence de l'autre.

Marc Bessin, sociologue, explique dans une conférence sur les urgences et la précarité : *« L'urgence est polysémique, elle implique deux grandes dimensions du temps : le Chronos et le Kairos. La première renvoie à la rapidité et à la vitesse : une certaine forme d'efficacité quantifiée. La seconde suggère le moment opportun et suppose qu'il a été choisi parmi d'autres, qu'un tri et des priorités ont été effectués. Une dimension plus qualitative est cependant présente dans le Kairos où l'efficacité est parfois pondérée par des choix éthiques. »*⁹

Il est évident que pour exercer son activité, au vu de la fréquentation des services d'urgences, le médecin urgentiste se doit de trier et de prioriser les urgences. Chronos permet d'objectiver l'urgence, la graduer et la trier. Cette notion de tri est fondamentale et repose sur l'évaluation des besoins médicaux des patients et de leur nécessité à être pris en charge rapidement ou non. La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) en a même formalisé des recommandations d'experts.¹⁰ La nécessité de tri, implique une catégorisation des urgences en fonction de leur délais souhaitables de prise en charge. Cette catégorisation est pré-définie (code couleur par exemple) et évaluée par le personnel d'accueil.

Il existe donc plusieurs temps « objectifs » d'urgence, tels que l'urgence vitale qui se mesure en secondes ou en minutes, l'urgence fonctionnelle (risque de perte de fonctionnalité d'organe) qui se mesure en heures, ou bien l'urgence médicale nécessitant à la fois un geste symptomatique dans les minutes (douleur d'une fracture à soulager par exemple) et à la fois étiologique dans les heures ou jours prochains (traitement orthopédique de la fracture).

⁹ BESSIN M. Texte issu de la conférence « Les urgences et la précarité » à Paris, organisé par l'Espace éthique de l'AP-HP, octobre 2000 et publié dans la Lettre de l'Espace éthique n° 15-16-17-18, 2002, p 3

¹⁰ *Le triage en structure des urgences*, Recommandations formalisées d'experts, Paris, SFMU, 2013

Le flux des urgences, sous l'oeil de Chronos pousse aussi à une certaine rapidité. La pression de la salle d'attente et des arrivées en nombre incite à travailler plus vite. Si l'on raisonne en terme de flux, la rapidité au travail et les consultations expéditives permettent une amélioration du débit. Cependant les lois de l'éthique ne répondent pas forcément à celles de la mécanique des fluides. Le prix de cette accélération du débit est celui de la mécanisation de la médecine.

Aux urgences, la mesure du temps qui se veut objective, « *Pour mieux la maîtriser, la médecine d'urgence déploie son temps dans l'espace, elle le quantifie, le numérise* »¹¹, encadre chaque acte technique mais ne correspond pas à la mesure subjective que l'on a du temps qui passe. La temporalité subjective qu'elle soit celle du soignant ou celle du soigné est difficilement mesurable, et pourtant c'est d'elle que découle le vécu que l'on a du temps passé lors d'une prise en charge aux urgences.

Les mesures objectives que l'on a du temps sur lequel s'appuie notre système de soin sont en fait court-circuitées par nos représentations subjectives. Nos institutions qui définissent par exemple le temps de travail, le temps de pause, le temps de nuit pour le personnel soignant ou qui s'appuie sur des notions telles que le temps d'attente des patients, le temps de passage, etc... comme critère quantitatif ne tiennent pas compte de la perception subjective que l'on a du temps. Le vécu du personnel ou de patient ne relève pas de la durée comptable du temps mais de la teneur du temps écoulé. Et c'est là où, dans la prise en charge d'un patient, se pose la question de la prise en charge aussi de son attente. A noter que si l'on mesure le taux de satisfaction des patients, comme dans le rapport de la DREES¹², celui-ci s'effondre avec la longueur du temps d'attente.

Que la personne soignée soit dénommée « patient » et bien que maintenant le terme « d'usager » lui soit préféré dans le code de la santé publique (ce qui dénote bien de l'évolution de notre système de soin), laisse entendre que la nature de la personne réclamant des soins a

¹¹ VALETTE P. *Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique*, Paris, Presses Universitaires de France, « PARTAGE DU SAVOIR », 2013, p.46

¹² BAUBEAU D., CARRASCO V. *Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières*, Paris, DREES, Etudes et Résultats N°215, 2003

rapport au temps, et se doit de patienter pour accéder au soin. Cependant, il convient de rectifier l'origine du mot patient comme l'explique Jean-Philippe Pierron dans son remarquable article sur les transformations de la relation de soin : « *Le choix du mot patient associe l'idée d'un pâtir - celui de la vulnérabilité - à la fragilisation du vivant par la pathologie. Pathologie et patient, participant tous deux de l'univers sémantique du pathos, évoquent un subir. Le patient perdrait sa capacité d'initiative dans un pathos. En effet, le latin pati qui donne le mot français « patient » désigne ce dernier comme un être qui pâtit doublement : du point de vue interne, il subit la maladie; du point de vue externe, il est placé dans les mains d'un autre agent que lui.*¹³ » Nous pourrions ajouter qu'il pâtit aussi du temps passé...

Subir le temps passé comme subir la maladie semble de moins en moins bien vécu dans notre société. En témoigne la demande d'immédiateté des soins par de nombreux patients. Mais cela ne pousse-t-il pas justement à ce que le médecin ait une réponse tout aussi immédiate, de l'ordre de la prestation de service, modèle de référence de notre société de consommation et du jetable ? La notion d'urgence se confond avec différentes notions du temps subjectif, comme celle de l'impatience, comme celle des variations d'un temps où l'urgence n'est que l'accélération d'un besoin. Pour les patients, cette perception relative que l'on a du temps, fait que l'urgence d'un avis médical ne correspond pas forcément à un besoin de soin urgent mais souvent davantage à répondre à l'angoisse créée par un événement de nature médicale ou non qui leur échappe. « Aux urgences, les malentendus proviennent en premier lieu du mot lui-même qui désigne à la fois la réponse et la demande : le professionnel est là pour calmer, rationaliser et gérer des situations dans une vision globale du service alors que le patient y vit de façon dramatique, extraordinaire et égocentrique son passage. »¹⁴

L'urgence médicale que nous, médecins, qualifions d'urgence vraie, car elle ne souffre d'aucune attente sans risque de préjudice pour le patient relève d'avantage du *Kairos*. C'est à dire du moment opportun. Celui de faire un soin d'urgence parce qu'il le nécessite à ce moment donné. En situation d'urgence, le temps semble suspendu, car le médecin doit mobiliser

¹³ PIERRON Jean-Philippe, « *Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins* », Sciences sociales et santé 2007/2 (Vol. 25), p. 43-66.

¹⁴ BESSIN M. Texte issu de la conférence « Les urgences et la précarité » à Paris, organisé par l'Espace éthique de l'AP-HP, octobre 2000, publié dans la Lettre de l'Espace éthique n° 15-16-17-18, 2002, p. 4

rapidement toutes ses ressources : réflexe de certains gestes, anticipation de conséquences immédiates, mobilisation intellectuelle intense pour poser rapidement un diagnostic, donner des ordres et coordonner l'équipe pour que chacun tienne son rôle et agisse. Le temps n'est plus linéaire comme dans le chronos mais s'éclate. Chaque seconde tombe comme un acte irrémédiablement posé. Le temps est dans l'action.

Le temps de la consultation aux urgences est aussi un temps particulier qui peut aussi se placer sous le signe de Kairos. Il constitue souvent un acte fragmenté : acte régulièrement interrompu par la nécessité de répondre parallèlement à d'autres urgences; répondre au téléphone ou à d'autres intervenants, etc... autant d'interruptions de tâche qui sont d'ailleurs l'objet d'études attentives pour optimiser les délais de prise en charge des patients. La consultation aux urgences se distingue de celle du généraliste en cabinet, par la possibilité d'effectuer d'autres actes dans le même temps : les examens complémentaires (biologie, imagerie, avis de spécialistes,...) qui viennent aussi fragmenter un peu plus ce temps de consultation. Le temps consacré au patient s'effectue donc en pointillés.

C'est dans cette fragmentation du temps que le médecin urgentiste consacre à son malade que se joue aussi sa motivation à soigner l'autre et sa satisfaction à faire son travail. Car, ce temps, même court ou fragmenté, est le support de la relation à l'autre et peut s'investir de bien des manières différentes selon la motivation et la disponibilité que l'on a.

Ceci se vérifie d'autant plus qu'il existe une dimension psychologique ou sociale dans la demande de soin. Lors de sa conférence sur les urgences et la précarité, Marc Bessin explique à propos de la crise relationnelle de l'hôpital : *« Cette carence dans la dimension humaine de l'hôpital, où l'on inflige un traitement impersonnel au patient, qui fait primer la maladie sur le malade et valorise la technique au détriment de la qualité de l'accueil et de la relation, est paradoxalement souvent à son comble avec les demandes qui s'écartent de " l'urgence vitale ". (...)* Lorsqu'il s'agit non plus de guérir ou de sauver une vie humaine, mais d'accompagner et d'écouter, comme avec les toxicomanes, " l'absence d'humanité " dans les relations avec les équipes, prend la forme de difficulté voire d'impuissance des équipes. Réintroduire du temps,

investir dans la durée, paraît inenvisageable alors que c'est la seule réponse au phénomène d'afflux »¹⁵. Il semble que Kairos, dans sa dimension opportune ait ici toute sa place.

Ainsi, la médecine d'urgence est la seule médecine qui soit définie par sa temporalité... temporalité plurielle allant de l'urgence médicale au temps fragmenté, du Chronos au Kairos. Hors contexte d'urgence vitale, le temps des urgences est toujours celui d'une consultation... et donc d'une mise en présence du praticien et de son malade. Ce temps perçu de manière différente que l'on soit soignant ou soigné est avant toute chose celui d'une relation permettant l'accès à l'autre, mais de quelle manière ?

3. Le geste, l'écoute & la parole

Dans cet espace contraignant que sont les urgences et cette temporalité éclatée, la relation de soin et, plus largement la relation à l'autre, paraît difficile. Il faut s'attarder ici sur ce qui nous permet d'être en relation et comment, dans ce cadre, le médecin participe à celle-ci. En premier lieu, l'écoute paraît indispensable pour recevoir la plainte que le patient vient déposer. Ensuite, la parole, vecteur de communication évident, présente deux aspects aussi importants l'un que l'autre: le dit et le non-dit. Enfin, le geste, a lui aussi deux composantes importantes à dissocier : le geste technique et médical d'un côté, et de l'autre la gestuelle relationnelle, vectrice d'éléments empathiques ou non, qui fait partie du non verbal.

Il ne suffit pas de décrire les vecteurs relationnel, pour que la relation devienne relation de soin. Cela nécessite qu'elle se situe au sein d'un acte médical. Mais qu'est ce que l'acte médical ? D'après Pierre Valette qui explique dans son ouvrage, la distinction entre le geste technique et l'acte médical, dit : « *L'acte médical est l'actualisation d'une puissance, d'une capacité, d'un potentiel qui ne s'exprime qu'au contact d'une situation réelle. L'acte médical est la réalisation de la médecine.* »¹⁶ Ainsi, l'acte n'est pas l'action, même si elle peut en faire partie. De la même manière, il ne suffit pas de faire un geste technique pour qu'il soit à lui seul

¹⁵ Idem, p. 4

¹⁶ VALETTE P. *Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique*, Paris, Presses Universitaires de France, « PARTAGE DU SAVOIR », 2013, p. 140

un acte médical puisque des secouristes peuvent faire des gestes guidés par des protocoles, ce qui n'en fait pas des actes médicaux pour autant. *« Lorsqu'il est réalisé par un médecin, le geste change de nature. Un médecin qui réalise des gestes de secourisme, identiques à ceux que pratiquerait un secouriste en pareille circonstance, réalise un acte médical, non par une quelconque qualité statutaire mais par celle de dépositaire d'un savoir, le savoir médical. »*¹⁷

*« Avec ses gestes qui sauvent, ses gestes de survie, ses gestes techniques, la médecine d'urgence a tous les attributs d'une médecine d'action. »*¹⁸ L'action ne créant pas l'acte, c'est qu'autre chose y réside. Ce sont le savoir médical et la responsabilité du médecin qui créent l'acte médical et lui confèrent sa place dans la relation de soin. *« C'est son auteur qui fait l'acte. L'existence du médecin est première sur l'acte. »*¹⁹ Par là même, sa responsabilité est engagée à la différence du secouriste en tant qu'exécutant, car en s'appuyant sur son savoir, il porte l'indication et l'intention de l'acte lui-même. Ce qui explique qu'un acte médical puisse être dénué de toute action, comme l'acte de radiologie, basé sur l'interprétation du cliché radiologique et non sa réalisation ou l'acte de psychanalyse basé sur l'écoute active du patient.

Ceci pour dire que la médecine d'urgence n'est pas qu'une succession de gestes techniques mais une médecine d'actes qui comporte non seulement des gestes mais aussi une part importante d'intention et de communication, dont nous parlerons plus loin.

Aux urgences, les gestes répondent à l'urgence médicale, de la même manière que la chirurgie doit réparer des désordres anatomiques. D'ailleurs comme l'explique Pierre Valette, la médecine d'urgence est née de trois spécialités : la chirurgie, l'anesthésie et la psychiatrie et l'on comprend bien qu'elle se fonde ainsi sur une forte composante technique visant à répondre à l'urgence médicale. Cette technicité du geste, acquise à force de répétition, est un savoir faire. Technicité très présente faisant presque oublier que le geste est un moyen et non une fin puisque dans notre jargon médical nous parlons de « techniquer » un malade pour signifier son conditionnement²⁰. Façon de parler significative qui laisse entendre la place que peut prendre la

¹⁷ Idem, p. 157

¹⁸ Idem, p. 142

¹⁹ Idem, p. 157

²⁰ Idem, p. 145

gestuelle technique sur le patient lui-même. Or, ce savoir faire est mû par une intention médicale qui place le médecin dans la relation, et par une décision qui le place dans l'acte.

La place de la technique est si forte en médecine d'urgence qu'elle imprègne notre pratique et « *l'on ne touche plus les patients* ». ²¹ Pourtant, le geste médical se caractérise en premier lieu par le toucher et par l'examen clinique. Celui-ci est un élément relationnel important. Le toucher médical est particulier et se déroule dans un contexte et un cadre précis, celui de l'acte médical. Il existe ainsi une dérogation tacite qui autorise le médecin à toucher le corps d'autrui dans le but de le soigner. L'examen clinique, bien qu'ayant une dimension technique fait partie de l'intention de soin et selon le déroulé de sa réalisation et de sa consistance peut être perçu comme un élément de compétence ou d'attention à l'autre. Ainsi, certains patients diront du médecin « il ne m'a même pas examiné » pour signifier l'incompétence d'un médecin mais qui révèle d'avantage un manque d'attention. Cependant aux urgences, l'examen médical peut être partiel, interrompu, fractionné, mis à mal par des conditions d'examen difficile, dans des lieux ouverts ou de passage, écourté par la pression du flux de patients. De plus, le recours de plus en plus facile aux examens complémentaires, la confiance qu'on leur accorde et leur accessibilité aux urgences poussent de plus en plus les médecins à faire des examens cliniques succincts de leurs patients. Or non seulement par son caractère diagnostique important mais par sa composante relationnelle, il convient de s'interroger sur la place que l'on laisse à l'examen clinique des patients. Ainsi J. P. Pierron dit « *La médecine technicienne ne touche plus le malade. Se confier aux mains de la médecine signifie être pris dans une technique qui prend à bras le corps le patient sans plus avoir de mains. La médiation de l'instrumentation prend souvent la place de la relation par la palpation.* » ²²

Le geste d'urgence se doit d'être technique, cependant la diversité des motifs de recours actuels appelle de plus en plus souvent une réponse qui n'est pas de l'ordre de l'urgence et qui n'appelle pas de geste technique proprement dit, mais plutôt une écoute ou une parole. La place

²¹ Idem, p. 100

²² PIERRON Jean-Philippe, « *Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins* », Sciences sociales et santé 2007/2 (Vol. 25), p. 48.

importante de l'urgence sociale²³ ou de la détresse psychologique²⁴ dans notre activité, montre que notre réponse à l'urgence doit s'appuyer sur l'écoute et le dialogue. Le nombre de consultations relevant de la médecine générale, montre qu'être dans une relation de soin en écoutant et dialoguant fait partie de notre activité.

L'écoute a besoin de temps pour que la parole de l'autre se déploie. Pour que l'autre dépose sa plainte, sa détresse psychologique, sa souffrance morale, ou même la banalité de sa consultation, ou encore l'excuse de « déranger » les urgences. Or c'est là, sans doute que le Kairos prend sa place. La faculté d'être présent et en écoute de l'autre alors que le brouhaha des urgences et les interruptions fréquentes ne la facilitent pas. L'écoute est de part et d'autre. Elle nécessite que le médecin veille à ce que le patient entende ce qu'il lui dit. L'écoute est aussi perception. Celle du langage non verbal qu'il convient pour le médecin d'entendre et décoder, et pour le patient de déceler l'attention que le médecin lui porte. L'écoute entend le non-dit, reflet de ce que pense l'autre, et qui n'est pas toujours ce qu'il dit.

La parole, vecteur d'information, d'explications, et de questions, permet au patient d'exprimer sa plainte et au médecin de mener son interrogatoire médical. Outil diagnostic capital, permettant de saisir l'anamnèse d'une situation médicale, la parole est à la fois notre premier élément de rencontre et notre premier « examen médical ». La façon dont on s'adresse au patient en début d'entretien traduit probablement bien souvent l'accueil qu'on lui réserve et la disponibilité que l'on a à son égard. La politesse, la distance, la façon de parler traduisent sans doute dès l'installation du patient notre capacité à l'écouter et à prendre en compte sa plainte ou sa demande.

La façon dont nous parlons des patients au sein de l'équipe médicale traduit aussi la considération que nous avons pour les patients en fonction de leur pathologie ou de leur motifs de recours. Ainsi, je constate que nous avons constamment besoin de parler, d'échanger, de commenter le comportement inadéquat de tel patient, et sa raison inappropriée de venir aux

²³ BESSIN M. Texte issu de la conférence « Les urgences et la précarité » à Paris, organisé par l'Espace éthique de l'AP-HP, octobre 2000, publié dans la Lettre de l'Espace éthique n° 15-16-17-18, 2002, p. 2

²⁴ DUBOIS V., SIMEON M. « L'hospitalisation de crise : Lieu de nouveaux possibles », Genève, Thérapie familiale, Vol 19, N°1, 1998, pp 55 - 63

urgences ou à l'inverse d'exprimer notre compassion par rapport à la situation dramatique d'un patient ou d'admirer son courage. Il est aussi étonnant mais sans doute logique, que par souci d'efficacité organisationnelle ou par notre focalisation médicale, nous dénommons souvent les patients non par leur nom, mais par la pathologie ou le problème médical qu'ils présentent (exemple : « le trauma de cheville du box 3 »). Ceci, bien qu'explicable peut être par la difficulté de mémorisation de noms chaque fois différents, interroge aussi sur notre mode de pensée, prédisposé à soigner en premier lieu un problème médical avant de s'intéresser à un sujet personnel. La parole, dans les coulisses de l'urgence, traduit aussi notre ressenti des patients, la perception qu'on a d'eux ou de leur problème... et la façon dont nous nous exprimons trahit notre pensée et notre jugement. Soupape nécessaire pour permettre l'enchaînement des consultations...

La parole est à la fois un outil diagnostique et thérapeutique. Elle accompagne toute prescription et joue dans l'adhésion au traitement. Sa place en régulation médicale au SAMU centre 15, autre facette de l'activité de médecine d'urgence, en est un exemple frappant. Ici l'acte médical réside dans l'écoute et dans la parole. C'est elle qui rassure, explique, conseille, ordonne, fait faire des geste, oriente... « *Pour le médecin régulateur, l'acte médical est un acte de parole, dans la puissance du logos qui est à la fois performatif et opérationnel. (...) Détachée de tous ses oripeaux, la médecine d'urgence se présente comme une médecine de parole, une médecine où le logos est premier. L'essence de la médecine d'urgence est la parole, l'action n'en est qu'un des attributs.* »²⁵

La parole est agissante. Ses effets ne sont par contre pas toujours prévisibles. Elle peut être thérapeutique et en elle-même rassurer... ou à l'inverse angoissante quand elle n'est pas comprise ou dénuée d'attention. Contenant à la fois des éléments dits et non-dits, elle permet de manifester notre empathie, notre compassion et dans le jeu relationnel qui se noue avec le patient, permet la communication si importante avec le patient. La parole scelle la confiance,

²⁵ VALETTE P. *Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique*, Paris, Presses Universitaires de France, « PARTAGE DU SAVOIR », 2013, p. 164

²⁶ BIZOUARN P., *Le médecin, le malade et la confiance*, Éthique & Santé, Volume 5, Issue 3, September 2008, Pages 165-172

coeur même de la relation entre le malade et le médecin²⁶, car dans l'acte de consultation elle se place sous le sceau du secret médical.

L'absence de communication nourrit et amplifie les émotions que la parole par le phénomène de verbalisation permet de contrôler. Or aux urgences, le médecin se doit de prendre le contrôle. Il calme l'impatient en salle d'attente, il prescrit (à noter qu'aux urgences, la prescription même si elle est écrite ne se dispense jamais d'être orale aussi, car les prescriptions ne souffrent pas d'attendre que l'infirmière trouve d'elle-même la prescription par le truchement de l'informatique), il ordonne et coordonne, il explique aux patients, etc... comme dans toutes autres approches médicales la parole a une place considérable aux urgences, car elle est à la fois dans le faire (relation à l'équipe) et dans la communication (relation au patient).

La parole n'est bien évidemment jamais dissociée du geste qui en dit tout autant, si ce n'est plus. Cependant, le geste de manière plus large est aussi un vecteur (non-dit) relationnel important. Il s'agit là non pas du geste au sens technique, mais au sens relationnel, qui traduit notre mode de relation à l'autre et exprime beaucoup de notre capacité d'ouverture à l'autre. Ainsi, la tenue, la poignée de main, le sourire, le regard, et tous les éléments non verbaux de communication traduisent notre capacité à accueillir l'autre et à l'entendre. Aux urgences, le contrôle de nos gestes n'est pas possible et sans doute pas souhaitable; le stress et la pression, l'urgence obligent à une certaine spontanéité.

Quoi qu'il en soit, notre capacité ou notre incapacité à écouter, à dialoguer, à manifester ou non notre empathie, à faire preuve de gestes d'accueil et d'attention vis à vis des malades soignés, doit sans doute nous interroger sur la place des éléments relationnels que nous mettons en jeu dans l'accueil et la prise en charge de tous nos patients aux urgences.

4. L'accueil de l'autre

Les services d'urgences sont de prime abord des lieux non accueillants. Les urgences rassurent les malades car ils y seront soignés mais elles font plutôt peur aux bien portants. Dans notre pays, la réputation des urgences n'est pas celle d'un accueil tranquille, chaleureux et hospitalier mais repose davantage sur l'image d'un milieu dramatique, tumultueux où l'on attend de longues heures avant d'être considéré car il y a urgence! Ainsi l'idée que l'urgence prime sur l'accueil est largement partagée par les urgentistes mais aussi par tous les malades qui relèvent d'une véritable urgence...et à juste titre. La notion d'accueil de l'autre pourtant implicite dans celle des urgences est vraisemblablement mise à mal au vu du stress, du manque de disponibilité et des conditions hostiles que génèrent les urgences. Ainsi, les notions d'accueil et d'urgence paraissent antagonistes. L'urgence semble être le maître mot et au nom de l'Urgence tout peut lui être sacrifié... même l'accueil.

Ce hiatus entre « accueil » et « urgence » est fort bien exprimé par Marc BESSIN lors de sa conférence sur la précarité :

« L'ambiguïté réside dans le hiatus entre les définitions en termes " d'urgence vraie " et celles qui se rapprochent de l'accessibilité, la disponibilité et s'expriment en termes de droit et de service public. La légitimité des " urgences vraies ", où le pronostic vital relève d'une réponse technique, n'est pas discutée, contrairement aux entrées qui s'écartent de cette référence médicale. Ainsi, la recrudescence des demandes telles que les " consultations ", la " bobologie " ou " l'urgence sociale "(pour reprendre le vocabulaire médical employé dans ces services) représente pour le corps médical une " gêne à la prise en charge des urgences sérieuses " . On pourrait résumer cette contradiction à l'appellation du SAU : " accueil " versus " urgence ". Tout se passe en fait comme si l'enjeu médical des urgences consistait à renégocier en permanence le contrat (admettre tout le monde indépendamment des formalités administratives) pour privilégier la partie technique (l'urgence) au détriment de l'accueil. »²⁷

Afin d'explorer davantage cette contradiction apparente entre accueil et urgence, il convient de faire appel à l'éthique. Paul Ricoeur dit « Appelons visée éthique la visée de la vie

²⁷ BESSIN M. Texte issu de la conférence « Les urgences et la précarité » à Paris, organisé par l'Espace éthique de l'AP-HP, octobre 2000, publié dans la Lettre de l'Espace éthique n° 15-16-17-18, 2002, p. 3

bonne avec et pour autrui dans des institutions justes ». ²⁸La question de la visée qu'aborde ici Paul Ricoeur incite à une réflexion qui regarde en avant et sur ce qu'il faut mettre en oeuvre pour définir « la vie bonne » (différente du bonheur). Autrement dit, que faire pour bien faire? De plus dans « des institutions justes », c'est à dire qui permettent l'élaboration de cette visée. La visée sous entend qu'elle n'est pas atteignable mais qu'elle est en mouvement vers, et appelle donc à une transformation. C'est ici où la réflexion éthique prend sa place car elle n'est pas une réflexion « pour la réflexion », mais a pour finalité l'action, c'est à dire la transformation en actes après la réflexion. Une application de cette célèbre phrase de Paul Ricoeur à la problématique soulevée dans ce travail, serait peut-être de dire : « Que faire pour bien accueillir toutes les urgences, dans des services d'urgences justes ? »

Ainsi, dans l'accueil aux urgences est convoqué en premier lieu un des principes fondateur de l'éthique, qu'est celui du principe de justice, selon Beauchamp et Childress²⁹. En effet, les personnes accueillies dans un service d'urgence doivent avoir accès aux soins de manière égale, c'est à dire que toute personne doit bénéficier de soins sans regard ni jugement sur sa personne, sa motivation, son comportement et sa pathologie, en d'autres termes, sans discrimination. D'autre part, toute personne accueillie dans un service d'urgence doit bénéficier de soins proportionnés, c'est à dire que la réponse apportée en urgence par le médecin doit être corrélée au degré d'urgence de la pathologie présentée par le patient. Ainsi, une simple consultation médicale sans degré d'urgence ne doit pas être prioritaire sur une urgence vitale ou fonctionnelle et ne doit pas engendrer un développement de soins ou de traitements excessifs qui ne se justifie pas en urgence. En conséquence les soins, le temps passé et la priorisation de l'accueil doivent être faits de manière équitable et adaptés à chacun, de manière à ne pas pénaliser d'autres patients en attente de soins. Le tri effectué à l'arrivée aux urgences répond ainsi à ce principe de justice.

Ce principe étant posé, un autre principe fondamental toujours issu des principes de l'éthique biomédicale de Beauchamp et Childress³⁰ est convoqué dans la dimension d'accueil et de prise en charge aux urgences: celui de la bienfaisance.

²⁸ RICOEUR Paul, *Soi-même comme un autre*, Editions du seuil, 1990

²⁹ BEAUCHAMP Tom L., CHILDRESS James F. *Les principes de l'éthique biomédicale*, Paris, Médecine et sciences humaines, Les belles lettres, 2008

³⁰ Idem

Avant de poursuivre, il est intéressant de s'arrêter sur le terme de bienfaisance et ce qu'il sous-tend. Selon le dictionnaire, la bienfaisance est en éthique : la qualité de celui, celle qui prodigue ses bienfaits à autrui, tendance à faire du bien ou de manière plus générale, la qualité de ce qui fait du bien, de ce qui produit un effet salutaire³¹. Or, la bienfaisance, terme retenu dans les principes de Beauchamp et Childress a tendance, à être remplacée de nos jours par deux autres termes, la bienveillance et la bientraitance. Ces termes en apparence équivalent n'ont pourtant pas la même signification. Le premier est dans le « faire », et les deux autres dans le « veiller » ou le « traiter » ce qui implique une action, un positionnement et un rapport au sujet différent selon le terme qu'on emploie. Cette nuance est développée dans l'article de J.C. Weber « Douleur, éthique, et bientraitance »³² dans lequel il nous met en garde sur l'institutionnalisation de la bientraitance, qui par son aspect de traitement place le patient en tant qu'objet à traiter, et par là même, prenant l'exemple de la douleur, entraîne une dérive consistant à faire d'elle une chasse systématique devenant une performance évaluable, objectivable et quantifiable, qui met de côté la singularité de la douleur jamais dissociée du patient.

Retenons donc le terme de « bienfaisance », car l'accueil aux urgences se situe plutôt dans un « faire » et c'est ici que la question directrice de ce travail fait écho à ce principe en posant la question : **Comment mettre en œuvre l'accueil de l'autre aux urgences, entre contingences techniques et *care* ?**

Car, le principe de bienfaisance se conçoit aisément dans le soin médical donné à un patient, mais une autre dimension y est implicite qui est celle de la bienfaisance au sens de l'accueil de l'autre en tant que personne et d'ouverture à autrui. Notre médecine moderne, très technique et scientifique se base sur une objectivation des maladies et des pathologies afin de rendre les soins reproductibles, et nos comportements découlent naturellement de cette vision. Ainsi, la plupart des soins aux urgences répondent à une logique médicale technique et objective qui font du patient, un objet de soin. La dimension bienfaisante implicite évoquée est celle qui

³¹ Définition extraite du CNRTL, Centre Nationale de Ressources Textuelles et Lexicales, <http://www.cnrtl.fr/definition/bienfaisance>

³² WEBER J.-C. *Douleur, éthique et « bientraitance »*, Éthique & Santé, Volume 8, Issue 4, December 2011, Pages 191-197

permet de positionner non plus le patient comme objet de soin, mais comme sujet de soin. Sujet de soin, au sens où la personne présente effectivement une pathologie médicale souvent objectivable, mais elle arrive aux urgences aussi avec son histoire personnelle, sa souffrance physique et psychique, sa fragilité et sa vulnérabilité, et se retrouve malade sur un brancard face à un médecin qu'elle n'a pas choisi.

Pour mieux comprendre ces deux aspects de la bienfaisance à autrui et faire cette distinction entre « objet de soin » et « sujet de soin », il faut se référer à l'éthique du « care », dont Donald W. Winnicott sans l'avoir formulé ainsi, en est un précurseur essentiel en annonçant avant l'heure l'importance du « prendre soin », de l'importance de la mère « suffisamment bonne » avec l'enfant, de l'importance de la confiance et de la fiabilité, et d'autres concepts encore. Ainsi, il a posé les jalons d'une éthique qui vient nourrir la médecine en redéployant les deux dimensions sous tendues dans le soin : le « care » et le « cure », explicites en anglais, mais englobés dans un même mot en français.

L'éthique du care est un mouvement né du féminisme (par opposition au libéralisme) qui s'attache à promouvoir les valeurs relationnelles entre les personnes et la capacité à prendre soin. Carol GILLIGAN en a posé les fondements dans son ouvrage « Une voix différente »³³. En s'intéressant aux situations inégalitaires sociales du travail et à la vulnérabilité des travailleurs, elle a développé la notion de sollicitude ou de « care » formulée dans la question : comment faire, dans une situation donnée, pour préserver et entretenir les relations humaines qui y sont en jeu.

En philosophie du soin, cette notion de « care », « de prendre soin » s'est développée en un mouvement qui vise à intégrer de manière active de la sollicitude dans la relation de soin. « *L'éthique du « care » met en valeur le rôle de la sensibilité, elle prend en compte la situation concrète et particulière d'une personne afin d'agir dans le bon sens.* »³⁴ C'est à dire, d'agir de manière empathique et prévenante, et à être ainsi en capacité de prêter attention à autrui; de prendre soin de l'autre en tant que sujet de soins et non d'objet de soins. Par ailleurs, l'approche du soin selon cette éthique met en relief la vulnérabilité du malade : « *La vulnérabilité est au*

³³ GILLIGAN, C. *Une voix différente*, Paris, Champs-Flammarion, 2008.

³⁴ BITZ J., *L'éthique du care*, Ethique et Santé, 2009, N°6, p. 26

centre de la morale de l'éthique du « care », car en tant qu'être humain elle nous concerne tous. C'est une caractéristique de notre condition. Cette vulnérabilité nous renvoie à notre finitude. ³⁵ ». Il s'agit finalement, d'être soucieux de la condition humaine de tout malade, dans le soin qu'on lui porte..

« *Le travail de l'éthique du care est de montrer que l'impartialité et l'universalisme qui sont au fondement de l'éthique de la justice ne sont que le point de vue de ceux qui sont en position d'autonomie et de pouvoir. La condition du développement psychologique et moral ne repose pas sur l'autonomie, mais sur les interdépendances nécessaires et irréductibles entre les individus, dans la mesure où toute configuration identitaire s'élabore dans le cadre de relation interpersonnelles qui sont d'abord des relations de dépendance* » expliquent C. Tourette-Turgis et M. Tocqueville, dans leur article « *Le care est-il un outil pour repenser l'urgence sociale ?* ». Aborder la dépendance est essentielle car c'est elle qui fonde la relation médecin-malade dans laquelle le malade aux urgences par sa vulnérabilité devient dépendant du médecin qui le soigne. Ainsi la fonction du médecin s'établit-elle dans cette relation de dépendance où le médecin peut prodiguer des soins à autrui, mais des soins de quelle nature... Et de quelle dépendance s'agit-il ? « *Lequel des deux est donc malade ? (...) Nous avons besoin de nos patients autant qu'ils ont besoin de nous* »³⁶

Dans ses « *conversations ordinaires* »³⁷, Donald W. Winnicott développe l'importance de l'éthique du « care » consistant à intégrer dans la relation de soins des éléments de prise en considération de l'autre et de faire tomber les hiérarchies : « *Nous constatons que lorsque nous sommes face à un homme, une femme ou un enfant, il n'y a plus que deux êtres humains à égalité. (...) Ce qui importe, c'est la relation interpersonnelle, avec toute la richesse et la complexité des nuances humaines que cela implique.* »³⁸

³⁵ GREGOT M-C. *L'enseignement de l'éthique en institut de formation en soins infirmiers*, Mémoire DIU éthique, Lyon 1er, 2010.

³⁶ WORMS F., MARIN C., *A quel soin se fier? Conversations avec Winnicott*, Paris, Presses Universitaires de France, Questions de soins, 2015, p. 28.

³⁷ WINNICOTT Donald W., *Conversations ordinaires*, Paris, Gallimard, connaissance de l'inconscient, 1988

³⁸ WORMS F., MARIN C., *A quel soin se fier? Conversations avec Winnicott*, Paris, Presses Universitaires de France, Questions de soins, 2015, p. 27.

Cette dépendance vis à vis du malade, est motrice dans notre attitude de soignant. « *Il faut bien comprendre que la notion de maladie, d'« être malade » apporte un soulagement immédiat car elle justifie la dépendance, et celui qui est capable d'assumer sa maladie en tire un bénéfice spécifique. Le « vous êtes malade » me place naturellement dans la position de celui qui répond aux besoins, (...) à celui de cure dans le sens de care* »³⁹. Cette dépendance de l'autre, nous ouvre à lui et nous pousse à la fiabilité. C'est par elle que le patient accorde sa confiance et réciproquement. C'est par elle, enfin que peut se développer le *care*.

En faisant la distinction entre *cure* et *care* Winnicott nous propose une approche intéressante pour aborder l'antagonisme qui peut exister dans l'acte de soin aux urgences. En parlant de *cure* et *care*, Winnicott dit « *La pratique médicale montre que dans l'usage même du mot, il y a un écart entre les deux significations extrêmes . « Cure », au sens de traitement, éradication de la maladie et de sa cause, tend aujourd'hui à prendre le pas sur le sens de « care » (soin, intérêt, attention). Les médecins praticiens sont sans cesse en train de livrer bataille pour empêcher que les deux sens ne perdent contact l'un avec l'autre* »⁴⁰. L'accueil en se plaçant du côté du *care*, et les soins techniques d'urgence en se plaçant du côté du *cure*, révèle bien la tension qui peut se générer entre ces deux aspects du soin aux urgences.

La dimension d'accueil et de *care* est une notion qu'il paraît intéressant de déployer dans les soins d'urgence. Une nuance importante est à faire cependant. De nombreuses consultations relèvent de la petite traumatologie appelée dans notre jargon et par déformation « bobologie » ou de consultation de médecine générale très simple. La dimension de « *care* » à apporter dans ces cas, ne peut être que proportionnée. Elles ne requièrent pas et ne légitiment pas de la part du médecin qui prend en charge ce type de pathologies un surinvestissement empathique. D'une part, au vu du nombre de consultations de ce type, il n'en aurait pas les ressources. D'autre part, puisque le *care* est un mouvement « entourant », « embrassant » au sens de prendre entre les bras, de ménager l'autre, ne faut-il pas se méfier d'un excès protecteur vis à vis de personnes naturellement angoissées par des « bobos » puisque venues aux urgences juste pour cela ? Cela

³⁹ Idem, p. 27.

⁴⁰ WORMS F., MARIN C., *A quel soin se fier? Conversations avec Winnicott*, Paris, Presses Universitaires de France, Questions de soins, 2015, p. 22

ne renforcerait - il pas justement leur angoisse et la justifierait elle? Cela n'encouragerait-il pas le consumérisme médical? Il semble qu'une prise en considération de leur problème est nécessaire, mais sans excès empathique, la politesse et le sourire pouvant être une réponse adaptée à la banalité de la consultation. Par ailleurs, les véritables urgences sociales, détresses affectives, souffrances psychologiques, et autres douleurs morales se doivent d'être embrassées dans un *care* important. C'est ici le soin essentiel qu'elle requiert, et non pas une simple et froide réorientation. Ici l'autre souffrant a besoin d'être en relation et de trouver à sa place le médecin en tant qu'homme de coeur face à la vulnérabilité.

Face à la diversité des pathologies, des situations, des personnes, des détresses, le médecin des urgences se place en tant qu'homme. Et comme tout homme, il possède lui aussi ses limites. Des limites naturelles car ses ressources psychologiques et affectives ne sont pas inépuisables, mais aussi qu'il s'impose. Pour préserver le principe éthique fondamentale de justice, l'urgentiste doit aussi distribuer ses ressources émotionnelles et empathiques de manière équitable. Il ne serait pas juste qu'un patient en grande détresse psychologique soit écouté, entendu, accueilli dans un soin bienveillant mobilisant toute l'énergie et l'empathie du médecin et que par manque de ressource de ce dernier, le suivant en grande détresse également, ne le soit pas. Contrôler et limiter ses émotions et l'empathie aux urgences est par ailleurs indispensable, d'une part pour se préserver⁴¹, d'autre part pour permettre une objectivation indispensable au travail d'urgence que la subjectivation des problèmes ne permettrait pas. Ainsi un travail sur le care et l'accueil de l'autre demande peut-être avant toutes choses de connaître au préalable ses propres limites.

La médecine et le soin d'urgence, imposant des contraintes fortes inhérentes au contexte de l'urgence, posent des limites à l'éthique du care. Cependant, la pratique de la médecine d'urgence n'est pas une série d'actes mécaniques sans relation personnelle à quelqu'un. La médecine d'urgence a pour vocation l'urgence mais reste néanmoins de la médecine, c'est à dire une relation humaine de dépendance où la vulnérabilité peut s'exprimer et la confiance, indispensable à tout acte médical, peut se donner. Intégrer une dimension de care dans les soins d'urgence n'a donc pas pour objectif d'obtenir un taux de satisfaction des usagers mais permet

⁴¹ GREBOT E., *Coping, styles défensifs et dépersonnalisation de la relation soignante d'urgence*, Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, Volume 168, Issue 9, November 2010, Pages 686-691

de ne pas tomber dans une relation de « prestation de service ». Ainsi, d'humaniser le soin dans un environnement « hostile » et au delà du simple service rendu, permettent au malade d'être soigné, reconnu en tant que personne et au médecin d'exister.

II/ Entre idéal et réalité : Quel écart ?

La question n'est donc pas pourquoi mais *comment* le médecin urgentiste peut-il être en relation avec le malade? Comment peut-il être en capacité de l'accueillir, de l'écouter, de le considérer, de le soigner dans le temps court de l'urgence, sans se contenter de n'être qu'un simple technicien? Comment restaurer respect, confiance et dignité dans l'espace temps de l'urgence où le relationnel au patient est par nature limité ? Répondre à cela, c'est tenter de définir non pas un modèle d'urgentiste, mais quels outils sont à sa disposition et de quelles compétences il doit user pour être capable dans sa pratique aux urgences, d'intégrer l'autre de manière singulière. En partant d'un modèle idéal et en le confrontant à la réalité grâce aux témoignages de trois médecins, nous allons tenter de dégager quels sont nos freins et nos déficiences à faire que la médecine d'urgence reste, devienne ou redevienne une médecine personnalisée à dimension humaine.

1. Les compétences requises de l'urgentiste

A l'aide d'un entretien avec le Pr. Jean-Jacques Wunenburger, philosophe et professeur de philosophie à la faculté de Lyon, nous avons dégagé les différentes compétences nécessaires à l'urgentiste dans sa pratique médicale pour répondre aux problématiques de l'urgence dans notre société actuelle ou du moins sur quelles compétences doit-il s'appuyer pour être en capacité d'exercer avec l'exigence relationnelle que nous avons définie.

En premier lieu, la compétence médicale. De toute évidence un pré-requis pour exercer en milieu hostile que sont les urgences est d'acquérir d'une part une maîtrise de la technicité des actes d'urgence et par ailleurs de se constituer une culture médicale solide. Connaissances médicales d'autant plus large que la médecine d'urgence est une spécialité transversale qui emprunte à toutes les spécialités et beaucoup à la médecine générale. Techniques et savoir doivent être maîtrisés car le médecin urgentiste doit être capable de mobiliser ses ressources sans perdre de temps. Ainsi la compétence médicale de l'urgentiste s'appuie sur une pratique polyvalente et autonome.

La médecine d'urgence étant aussi issue de la psychiatrie⁴², et parce que les situations de tensions vécues aux urgences sont sources de stress, d'anxiété, soit par l'afflux de patient, soit par leur détresse médicale, le médecin urgentiste doit disposer de réelles ressources d'ordre psychologique soit innées, soit acquises. Ainsi le contexte de travail aux urgences impose au médecin d'avoir une capacité de mise en relation d'un individu à l'autre de manière vive et efficace, de faire preuve d'un certain sens de décodage psychologique de la personne afin de saisir rapidement la motivation réelle de la consultation et de cerner le besoin psychologique du patient. Ces ressources sont nécessaires non seulement pour faire face à l'urgence psychologique, soit clairement exprimée, soit pour entendre la plainte masquée sous l'alibi somatique, mais aussi pour appréhender et pour savoir gérer de véritables urgences psychiatriques tels des états délirants, d'agitation ou d'agressivité⁴³. Par ailleurs cette mise à disposition psychologique à autrui demande au soignant d'être aussi en capacité de se protéger lui même et d'avoir son propre système de défense face au stress de l'urgence⁴⁴.

L'éthique compassionnelle, l'éthique du care, que nous abordons dans ce travail fait partie des qualités requises en médecine d'urgence. En tant que soignant le médecin doit être en capacité d'empathie et de reconnaissance de la personne en tant que telle. Pour travailler aux urgences, le médecin doit développer et mobiliser sa capacité d'accueil et de disponibilité à l'autre, de manière d'autant plus forte que le rythme soutenu du travail de jour comme de nuit, le contexte de l'urgence hostile à la relation et le caractère inapproprié⁴⁵ de nombreuses consultations le freinent dans son ouverture à autrui. Pourtant être à l'écoute de la souffrance physique ou psychologique du malade, accueillir sa vulnérabilité, le considérer pour ce qu'il est, non pourquoi il vient mais par ce qu'il est là; et répondre même aux demandes sans caractère d'urgence, doivent faire partie de l'engagement du médecin. Cependant être en mesure d'aller

⁴² VALETTE, Pierre. *Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique*. Paris, Presses universitaires de France, 2013.

⁴³ Dubois V., Simeon M.: *L'hospitalisation de crise : Lieu de nouveaux possibles*, Thérapie familiale, Genève 1998, Vol 19, N°1, pages 55-63

⁴⁴ GREBOT E., *Coping, styles défensifs et dépersonnalisation de la relation soignante d'urgence*, Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, Volume 168, Issue 9, November 2010, Pages 686-691

⁴⁵ DAVIDO A., Les admissions médicalement inappropriées aux urgences. La revue de médecine interne, supplément au n°3, 1990

vers l'autre, de recevoir la détresse réelle de certains ou l'agressivité d'autres, impose de ne pas trop s'écouter. Aussi, empathie et abnégation, « dans la limite des stocks disponibles » sont nécessaires à la pratique de l'urgence.

Enfin, en étant situé dans une institution et au carrefour de la ville et de l'hôpital, avec une activité médicale fortement médiatisée le médecin urgentiste à un rôle social dont il doit tenir compte. D'abord, sa place dans une équipe lui demande de savoir travailler avec des partenaires. Sa place à l'entrée de l'hôpital, en tant que décideur médical de l'hospitalisation lui demande de composer avec les pressions économiques et administratives de l'institution, et l'amène à décider en conscience et dans le respect des volontés du patient. Enfin, par sa fonction salvatrice, surinvestie dans notre société, le médecin des urgences est forcé de répondre, tout au moins en partie, à l'image que la société a de lui. Ainsi, il doit savoir s'adapter aux attentes excessives des patients et répondre à l'angoisse de l'époque. En effet, les services d'urgences sont un véritable miroir de la société où les malades nourris d'une foi démesurée en la médecine viennent dans l'attente d'une réponse immédiate et positive à leur problème, concevant souvent difficilement que l'urgentiste puisse être mis en échec. Inversement proportionnelle à l'estime que porte le public au médecin des urgences, ses confrères spécialistes lui portent l'estime qu'on porte à un sous traitant ou au non spécialiste, bien que cette image non confraternelle tende à s'estomper avec la spécialisation des urgences sur les dix dernières années. Est donc requis pour le médecin des urgences de savoir s'adapter socialement et de moduler son rôle en fonction de ses différents interlocuteurs.

En définissant quatre pôles de compétence (savoir, psychologie, care, social), sur lesquels le médecin travaillant aux urgences doit s'appuyer, nous pouvons estimer que le médecin « idéal » qui se doit d'être avant tout pragmatique, n'est pas un médecin qui maîtriserait toutes les compétences précédemment décrites, mais plutôt un médecin dont la visée serait d'équilibrer ses compétences dans un quadrilatère symbolisé et orienté par ces quatre pôles. Du moins quelqu'un capable de développer chacune de ces ressources et apte à les mettre en mouvement en fonction des situations qui se présentent à lui.

Enfin, dans chacun de ces « pôles de compétence », et comme de manière générale en médecine, le médecin urgentiste se doit de connaître ses propres limites et capacités. L'avantage

de la médecine d'urgence et qu'elle est un travail d'équipe, et qu'il existe toujours autour du médecin des personnes « ressources » quelque soit leur corps de métier (infirmier, aide soignant, collègue médecin urgentiste ou autre, assistante sociale, etc...) sur lesquelles il peut s'appuyer lorsque la situation exige de lui des capacités qui le dépasse à ce moment donné. Ceci afin de ne pas être emporté dans une situation médicale ou psycho-sociale non maîtrisée, et d'optimiser la prise en charge globale du patient et son adhésion aux soins. Ceci aussi afin d'éviter l'épuisement professionnel.

2. Quels médecins sommes nous ?

Après avoir défini les atouts nécessaires à la pratique de la médecine d'urgence, il est intéressant d'observer le monde réel en interrogeant trois médecins sur leur pratique. Le choix préalable s'est effectué selon les critères suivant : S'entretenir avec un médecin urgentiste ayant au moins quinze années d'exercice, travaillant au SAU d'un service hospitalier public sans critères de tailles, et dont l'activité principale ne porte pas sur la médecine pré-hospitalière

A. Trois témoignages d'urgentistes sur leur activité :

1. Médecin A. (Dr A.)⁴⁶

Le premier médecin est une femme d'une quarantaine d'années. De formation généraliste, Dr A. a choisi cette filière pour l'esprit collaboratif, le travail en équipe, la technicité et le « côté adrénaline » des urgences afin d'éviter l'aspect relationnel de la médecine générale. A l'heure actuelle, c'est justement l'échange avec les patients qui la motive. Par contre les difficultés d'aval de la filière (hospitalisation) sont eux, sources de déception.

Être un « bon » urgentiste, est pour elle d'avoir une excellente technicité, base du métier, et d'être ouverte d'esprit car la difficulté est de ne pas juger au premier abord pour ne pas manquer le diagnostic d'une véritable urgence. Ainsi face à la demande de réponse immédiate,

⁴⁶ Voir entretien complet du Dr A en Annexe

doit-elle faire preuve de capacité d'adaptation et de « résilience » pour absorber les situations difficiles ou le mépris de ses confrères.

Dr A. estime manquer de temps pour pouvoir traiter les patients dans leur globalité mais trouve toujours celui nécessaire à la gestion des situations d'urgence. Elle se définit de manière plutôt « maternante » vis à vis des patients et est soucieuse d'expliquer ses actes. Elle s'inscrit dans une dynamique de confiance. Soucieuse et consciente de son rôle social, elle le prend en compte mais sa priorité reste avant tout médicale. Les contraintes de tri de l'accueil et d'urgence médicale fixent son attention dans un premier temps. Elle restaure secondairement la dimension humaine de la relation.

D'après elle, une éthique réflexive ainsi que le temps manque aux urgences pour permettre un espace de dialogue et de confrontation pour prendre du recul sur ses propres pratiques mais serait souhaitable et même nécessaire. A propos du *care* et du *cure*, Dr A. exprime bien comment le *cure* limite le *care*, soit par la nature même de notre activité « *C'est une des limites de notre activité, où le soin d'urgence se doit d'être technique ; dans la « monstruosité » d'un attentat ou d'un plan blanc, où l'humanité peut-elle se situer ?* », soit par l'immédiateté de réponse exigée par les patients.

Le système de soin manque de personnel et ne procure pas les outils nécessaires au médecin urgentiste pour jouer son rôle social et psychologique. Dr A. insiste sur la nécessité de former les plus jeunes « *sur l'éthique, afin d'instaurer plus de discussion* » et sur le travail en équipe. « *La maîtrise du cure devrait pouvoir permettre d'ouvrir au care* ».

En conclusion, « *c'est à nous de changer, étant donné la lenteur du changement de l'institution* ». Par son expérience et son âge, le Dr A. a l'impression de se démarquer de plus en plus de ses confrères urgentistes et s'interroge sur la poursuite de son métier, bien que la technicité des urgences l'intéresse toujours, mais est ouverte à d'autres problématiques. « *Il me semble essentiel que certaines personnes soient moins dans la technique pure du soin médical, afin d'équilibrer l'approche de la majorité des urgentistes, (...) les plus jeunes.* »

2. Médecin B. (Dr B.)⁴⁷

Le Dr B. a passé de quelques années la cinquantaine, et sa chevelure blanche lui confère une certaine maturité. De formation généraliste initiale aussi, dès ses stages d'externe la technicité des actes et l'immédiateté des soins l'ont attiré dans la filière des urgences; mais aussi le côté imprévu et imprévisible des situations ainsi que l'image du médecin posant des actes décisifs et changeant le cours de la vie. Non lassé de l'activité des urgences, la reconnaissance des patients est pour lui essentielle. La prise en compte financière de l'activité hospitalière est par contre source de démotivation.

L'instantanéité est la problématique des urgences, face à une demande de réponse et de traitements immédiats de la part des patients qui souhaitent « *être écoutés, guéris, traités, mis sur des rails et littéralement assisté* » d'après lui. Pour être un « bon » urgentiste, il faut savoir écouter, analyser et garder son calme sans juger. « *Le médecin des urgences n'est pas le sauveur du monde* », mais plutôt celui qui aurait la compétence de résoudre le plus de situations possibles avec les moyens qu'on lui donne ». Il doit avoir la technique nécessaire, doté d'une dimension sociale et d'une approche psychologique.

Dr B. a le sentiment d'avoir le temps de faire son travail, mais le rythme soutenu le fait douter parfois de sa compétence. Soucieux de la salle d'attente, il estime que l'attente ne doit pas être systématique et que l'information est primordiale pour ceux qui patientent. D'un relationnel confiant et médical tout en étant empathique, il caractérise la relation aux malades des urgences comme étant superficielle et devant l'être.

Dr B. n'a pas été formé à l'éthique du care. Cependant cette notion lui paraît importante au sens où le respect de la personne se doit d'être prépondérant dans son activité d'urgentiste. C'est là, où il se doit d'être « éthique ». Ainsi, rappelant que les soins d'urgence vraie se doivent d'être techniques et situés dans le *cure*, une approche combinant le *care* au *cure* est possible si le flux de patient n'est pas trop important.

⁴⁷ Voir entretien complet du Dr B en Annexe

L'accueil des patients dans notre système de soin dépend d'avantage des personnes que des structures ou des institutions. Globalement satisfaisant d'après lui, car les médecins ont le niveau technique. Le respect et l'humanisation du lien avec le patient aux urgences passe d'abord par la franchise et l'information qu'on lui donne. Le système d'attente devrait être plus humain, et soucieux de l'intimité des personnes. « *Idéalement, il faudrait se rapprocher au maximum de ce qu'ils sentiraient s'ils étaient soignés à domicile.* » La jeune génération semble plus humaine au Dr B., en tous cas plus apte à intégrer une dimension de care, dans leur prise en charge des patients aux urgences, sous réserve qu'ils soient formés. « *Et, c'est de notre devoir de le faire* ».

En conclusion, Dr B. se sent un urgentiste « modéré », bien qu' impatient de révolutionner beaucoup de sujets. Il rappelle combien notre système de soin est luxueux en permettant une telle accessibilité aux soins et une telle disponibilité des soignants. Pour l'heure, « *c'est plutôt à l'urgentiste de s'adapter; la société s'adaptera lorsque des grandes réformes politiques de fond émergeront* ».

3. Médecin C. (Dr C.)⁴⁸

Le troisième médecin interrogé est chef de service d'un SAU. Agé de 55 ans, et initialement médecin militaire auprès des forces armées parachutistes; il est venu tardivement à la médecine d'urgence hospitalière, dans le but de pouvoir d'avantage prendre en charge des patients dans un contexte d'activité de service public. L'activité clinique et notamment de nuit, lui paraît lourde et difficilement compatible avec ses responsabilités. L'activité d'organisation et de développement de la qualité d'un service d'urgence ainsi que le fait de rendre service aux gens le motive pleinement « *avoir des gens satisfaits qui disent merci...* ». A l'inverse, les mauvaises relations et le manque de coopération avec ses confrères spécialistes le consternent.

La problématique essentielle des urgences, d'après lui n'est pas que certains viennent « pour rien », mais que les urgences se voient actuellement dotées d'une mission de type « dispensaire généraliste » du fait de la désertion des généralistes pour des raisons politico-économiques. Prioriser les malades devient indispensable. Ainsi « *l'homme politique attend de l'urgentiste qu'il débrouille tous les problèmes d'une organisation de soin délabrée. Et les*

⁴⁸ Voir entretien complet du Dr C en Annexe

individus, eux, attendent que l'on réponde à toutes leurs questions, suite à une perte du réseau de soin antérieur. » L'urgentiste idéal doit donc être polyvalent pour gérer tout type d'urgences et apte à prendre du recul, pour gérer un flux de patient excessif.

Dr C. aime prendre son temps avec les patients qui le nécessitent et ne s'embarrasse pas de ceux qui le placent en prestataire de service. Il a donc le sentiment d'avoir du temps avec ses patients. Le manque se situe plus dans l'absence d'information concernant leur devenir. Faisant confiance à l'infirmière de tri, il se soucie peu de l'attente des autres puisque cette attente est médicalement sécurisée par le tri.

Par nature, plutôt juste et empathique dans sa relation avec les malades, le Dr C. s'accommode de devenir prestataire, face à des patients qui n'attendent rien de plus. Faire confiance au patient est pour lui indispensable; « *Je préfère prendre le risque « de me faire rouler* » ». Ainsi que de faire preuve de considération à leur égard; ce qui n'est d'après lui pas suffisamment le cas, et c'est de son devoir de le rappeler à ses équipes.

D'après lui, l'éthique aux urgences fait défaut. « *Elle permet de prendre le recul nécessaire pour prendre en compte la population en souffrance, qui semble être renvoyée sans prise en charge correctement* ». Cependant sans être formulés ou formalisés, la pratique est naturellement empreinte d'un certain *care vis à vis* des patients. « *Personnellement, c'est le care qui me motive. Plus jeune, c'était sans doute plutôt le cure pour arriver à la satisfaction d'une certaine compétence technique* ».

Le système de soin lui semble très bon techniquement, mais dans une logique d'hyperspécialisation qui menace la polyvalence des urgences et par ailleurs orienté vers des profils de patients selon la taille ou le type des établissements de soin (public/privé) qui entraîne une discrimination dès les urgences, délaissant par exemple des populations moins rentables comme celles gériatriques. L'accueil des patients dans sa dimension humaine, distinct de l'accueil physique d'ordre organisationnel, est mis en défaut par manque de disponibilité de personnel. Cependant l'optimisation de l'organisation permet de rendre au personnel la disponibilité à être dans le « care ».

Pour conclure, le Dr C. soucieux de bienveillance dans son service, estime par la fonction qu'il occupe, pouvoir influencer sur la façon dont sont pris en charge les patients en jouant sur l'organisation et donner plus de disponibilité aux médecins. Mais ces derniers, orientés préférentiellement vers le « cure » se comportent de manière plus ou moins empathique, en fonction de leur âge et de leur caractère. Et cela dépend uniquement d'eux.

B. Cinq situations présentées aux médecins en entretien:

1. La consultation sans urgence médicale

Les trois médecins précisent bien qu'ils s'abstiennent de tout jugement. Leur attitude est plutôt de chercher s'il existe une plainte cachée ou un autre problème que médical. Le patient est toujours examiné et bénéficie d'une véritable consultation avec les actes qui en découlent. Aucun ne fait de remarque particulière sur le caractère non urgent de la consultation, mais vise à réorienter le patient vers le médecin généraliste.

2. Le patient qui s'impatiente

L'impatience n'est pas un facteur de priorisation des soins. Le comportement des trois médecins est plutôt d'aller au devant du patient impatient pour désamorcer tout conflit ou agressivité. Dr B. semble plus stressé par l'attente des patients, tandis que les deux autres sont plus neutres du moment qu'une véritable urgence médicale a été écartée.

3. Le patient abonné aux urgences

Le Dr A. et DR B. semblent bien accepter dans leur pratique que des patients se tournent vers eux sans avoir recours à un médecin traitant et deviennent un peu le leur. « *Certains sont attachants; la plupart sont des personnalités* ». Il existe une certaine acceptation de leur part, que des patients soient en errance médicale, soit dans l'incapacité d'avoir un suivi autre, soit par choix. Cette attitude est moins bien acceptée par le Dr C. qui interprète cela comme un manque de confiance envers les médecins.

4. Le patient dément

Pour les trois médecins, la prise en compte du patient est importante, même s'il ne communique pas. Il existe pour eux une double problématique : Comprendre ce dont souffre le patient et comprendre son orientation aux urgences. Ils s'appuient sur la famille pour comprendre le patient, son histoire et son parcours, ou le rassurer (Dr B.) et s'adressent à lui directement pour tenter d'entrer en contact. Dans tous les cas, le patient est pris en charge à part entière comme les autres, et en priorité s'il est agité.

5. Le patient en soins palliatifs

Comme précédemment, la problématique est de comprendre la souffrance du patient et son orientation aux urgences. Cependant la nuance se situe dans une souffrance manifestement double : celle physique et morale du patient et celle psychologique de l'entourage, *«C'est un motif de priorisation (...) C'est une urgence médico-sociale »* (Dr B.). Le Dr C. considère qu'il a un véritable rôle à jouer *« l'urgence palliative est une urgence somatique, mais la difficulté est de ne pas comprendre ce dont il s'agit »*; la sédation terminale du patient est aussi un problème d'anticipation et d'orientation dans le parcours du patient. Le Dr A. et le Dr B. marquent bien le caractère paniqué et angoissé de l'entourage, et l'importance de prendre en compte cette urgence *« affective »* en parallèle de celle du mourant.

3. Entre idéal et réalité, quel écart ?

Si l'on se réfère au « modèle » que nous avons défini en premier lieu, il est intéressant de constater des nuances entre ces trois médecins et qu'ils ne font pas appel aux mêmes ressources dans l'appréhension de leur travail.

A. Des points communs :

Dans un premier temps, il apparaît clairement que la technicité médicale, la compétence diagnostique et thérapeutique sont un pré-requis incontournable. C'est par ailleurs, ce qui les a

en grande partie motivés initialement, et c'est ce qui d'après eux motive les plus jeunes. Ceci se retrouve dans l'étude de Jean Emmanuelli⁴⁹ consacrée à l'étude de huit profils de médecin urgentistes, dans laquelle les médecins interrogés expliquent la naissance de leur vocation par le goût pour l'action immédiate, la volonté de maîtrise technique et le besoin de repousser les limites de la mort; « L'expérience de la médecine d'urgence a une forte valeur initiatique »⁵⁰. La médecine d'urgence repose sur un socle technique et de connaissance indispensable à maîtriser en premier lieu pour pouvoir éventuellement s'en détacher par la suite. L'urgence prime sur le relationnel; c'est elle qui conditionne le « tri » et qui conditionne leur disponibilité.

Tous trois ont aussi intégré dans leur pratique, et peut-être est ce dû à l'expérience, qu'il existe une dimension psychologique incontournable dans leur travail. D'une part, face à des demandes où le caractère d'urgence ne transparait pas, ils font preuve semble-t-il, de patience, de respect et surtout s'abstiennent de tout jugement, laissant la possibilité de s'exprimer une plainte cachée ou un motif de recours différent. Cette absence de jugement s'appuie sur une confiance importante qu'ils font au patient, et d'une certaine manière sont eux même confiants dans leur relation au patient. Par ailleurs, tous les trois insistent sur l'importance de l'information à donner au patient, que ce soit dans l'attente ou dans leurs actes. Enfin ils expriment clairement qu'ils puisent dans leur ressources psychologiques propres en faisant preuve de capacité d'adaptation et de résilience ou en développant des systèmes de défenses.

D'un commun accord , l'éthique fait défaut aux urgences. Ils expriment clairement une difficulté à prendre du recul par rapport aux situations médicales, à poser un regard sur leur propre pratique, entraînés dans le tumulte du flux de patient et la nécessité de répondre. De la même manière, ils manifestent une difficulté de considération humaine, ou du moins une incapacité à être d'avantage dans l'écoute et la disponibilité à l'autre, dans ce système de consultations à la chaîne. Enfin, tous trois s'accordent à dire que les urgentistes évolueront avant le système de soin, obligés de s'adapter à une société qui se transforme, et une demande de médecine de plus en plus fiable et des réponses immédiates.

⁴⁹ EMMANUELLI J., Éthique et médecine d'urgence (Deuxième partie), Urgences Médicales, Volume 16, Issue 2, 1997, Pages 63-76

⁵⁰ Idem, p. 75

B. Quelques nuances

Il est important de bien faire la distinction entre l'accueil médico-administratif, qui correspond à un maillon essentiel de la chaîne de prise en charge du patient dans les soins d'urgence et l'accueil, en tant que posture relationnelle, relevant de l'éthique du care, qui est d'avantage une façon d'être et de se comporter vis à vis des patients quelque soit leur étape de prise en charge et qui peut-être présente quelque soit la nature de l'urgence ou le motif de recours, (y compris l'urgence vitale à développer plus loin). Ainsi, au cours des ces entretiens, s'est installé parfois une certaine confusion sur la notion d'accueil. Cependant, les trois médecins ont intégrés clairement dans leur pratique un souci de l'autre et une sollicitude correspondant à l'éthique du care, sans qu'elle soit formulée ainsi.

Le temps disponible en urgence leur donne à tous les trois le sentiment de faire correctement leur travail, mais il s'en ressent peut-être d'avantage pour le Dr A. et le DR B. une certaine frustration à ce que finalement la relation soit superficielle et que ne se tisse pas une relation plus authentique.

Une distinction apparait entre ces trois profils qui traduit une sensibilité différente. Le Dr A. et le Dr B. ont une attitude respectivement plutôt « maternante » et « paternante » vis à vis de leur patient, et cherchent à répondre de manière claire à l'immédiateté de leur demande quelle qu'elle soit. Ils cherchent à saisir les patients dans leur globalité sans se restreindre à leur simple motif de recours. Ils introduisent volontiers des éléments de vie propre qui les placent comme sujets. En quelque sorte, leur attitude privilégie la bienfaisance dans la relation singulière.

Le Dr C., non pas qu'il soit dénué d'empathie vis à vis des patients, affiche plutôt une neutralité bienveillante, et cherche peu à aller au delà de la plainte du patient. Il reste plus soucieux et attaché à ce que le patient soit pris en charge de manière correcte médicalement et dans son parcours. Il met d'avantage l'accent sur des problématiques d'ordre institutionnel ou du système de soin tel que l'orientation des patients. Finalement, sa façon d'être dans le care se situe dans un rapport au temps et à l'organisationnel. Le manque de temps et de personnel, entraîne par voie de conséquence un manque de disponibilité à l'autre. Son travail d'optimisation de l'organisation des soins montre bien l'importance qu'il attribue à la disponibilité temporelle, que

ce soit dans le cure ou le care. Il marque d'avantage son soucis de la filière d'aval afin que des patients par exemple, n'attendent pas sur des brancards. Son attitude privilégie l'autonomie et la relation collective dans une éthique de justice.

On note aussi que l'orientation et le caractère inapproprié de certaines consultations semble marquer d'avantage le Dr A. et le Dr C.

Dans un registre différent, il apparaît déjà sur ces trois profils, des sensibilités distinctes laissant supposer que l'entretien avec d'autres médecins feraient entrevoir encore d'autres approches. Certains médecins seront probablement très sensible à l'éthique du care avec des gradations diverses alors que d'autres seront, au nom d'un idéal de bienfaisance, davantage axés sur une médicalisation excessive qui laisse le cure prédominant. Dans nos trois cas, le « prendre soin » de l'autre est intégré de manière différente mais complémentaire, soit dans la relation directe et empathique avec le patient, soit dans le souci organisationnel afin de libérer un espace temps indispensable au care.

III/ Comment mettre en œuvre l'accueil de l'autre aux urgences ?

Ces entretiens montrent que les fondements d'une éthique du care sont déjà en place dans la pratique des médecins urgentistes. Pour répondre à la question proposée dans ce travail, et formaliser d'avantage ce que pourrait être le « care » appliqué à l'urgence, il convient de le définir plus précisément, de dégager pourquoi une telle éthique est elle souhaitable, ce qui la freine et ce qui la favorise.

1. Quel « Care » aux urgences ?

Le recours à l'urgence est toujours dans l'histoire du patient, une rupture même minime dans son parcours de vie qui le pousse à venir consulter ce jour là, à cette heure précise parce qu'il s'est passé tel événement. Les patients ne viennent pas aux urgences parce qu'il y a de la lumière la nuit (ou peut-être que si) mais ont toujours une justification dans leur histoire qui les pousse à consulter. C'est ici que le médecin doit prendre sa place et se méfier de la justification qu'il impute à celui qui vient et qu'il considère comme non médicale ou inappropriée⁵¹. Positionner la demande du patient comme une simple question technique, c'est le cantonner dans une demande de moyen sans se soucier de la fin. Répondre en prestataire de service, c'est se positionner aussi comme moyen et oublier notre finalité de médecin à savoir être en relation avec un malade. L'enchaînement des consultations aux urgences et notre vision mécaniste de la médecine d'urgence nous pousse à répondre à une logique de moyens. Cependant la pratique de la médecine en tant que telle n'est pas une série d'actes mécaniques sans relation personnelle à quelqu'un. Mais est ce possible en situation d'urgence et jusqu'où?

L'objectif de l'accueil dans sa dimension d'aide à la personne et du « care » au sens d'une prise en considération d'autrui, dans son parcours de vie et de sollicitude face à la souffrance ou la plainte exposée, n'est pas de chercher à obtenir un taux de satisfaction tel qu'en hôtellerie où

⁵¹ DAVIDO A., *Les admissions médicalement inappropriées aux urgences*. La revue de médecine interne, supplément au n°3, 1990

l'on souhaite que le client revienne. Il s'agit de retrouver et garder notre place de médecin face à un patient qui demande une aide qu'elle qu'elle soit et définir si le motif de sa venue est du ressort d'une simple question attendant réponse ou d'un appel demandant l'écoute. Place de médecin d'autant plus difficile à trouver que la donne relationnelle à changer selon Jean-Philippe Pierron⁵² où le patient en plus d'être objet de soin se revendique sujet de droit. Dans son article, il explique qu'un nouveau modèle de la relation médecin malade est révélé « *sous l'effet de l'individualisation démocratique et de la sécularisation des moeurs* »⁵³ par la loi du 4 mars 2002⁵⁴ relative au droits des malades et à la qualité du système de soin et qu'elle signale « *moins la mort de la relation de confiance patient-médecin que la reconfiguration de ce rapport.* »⁵⁵ Ainsi pris entre le paternalisme médical et l'autonomie du patient, la relation s'est modifiée pour faire place à « *une relation mutuelle: le médecin-père du patient mute en médecin-pair de l'utilisateur.* »⁵⁶

La relation de soin, comme le définit Jean-Philippe Pierron dans son enseignement⁵⁷, repose sur une rencontre, une dimension empathique et l'expérience de la souffrance. La dimension empathique met en jeu l'affect et nécessite un désir de rencontre, une capacité à s'investir dans une relation asymétrique pour que la relation de soin se construise. L'expérience de la souffrance, quant à elle, est celle de la vulnérabilité plus exposée qu'à l'ordinaire. La relation est donc celle d'un appel à l'aide qui génère une asymétrie se compensant par la reconnaissance mutuelle : celle du soignant et du soigné. « *C'est une confiance qui s'en remet à une compétence* ». Dans la relation des soins ainsi construite, la rencontre est celle d'une subjectivité qui s'adresse à une autre subjectivité. Mais dans le temps court de l'urgence et l'absence de suivi ultérieur, peut-on parler de rencontre? Aussi brève soit-elle, existe-t-elle?

⁵² PIERRON Jean-Philippe, « *Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins* », Sciences sociales et santé 2007/2 (Vol. 25), p. 43-66.

⁵³ Idem, p. 44

⁵⁴ Loi du 4 mars 2002 (Loi n°2002-303) relative au droits des malades et à la qualité du système de soin

⁵⁵ PIERRON Jean-Philippe, « *Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins* », Sciences sociales et santé 2007/2 (Vol. 25), p.44

⁵⁶ Idem, p.47

⁵⁷ Cours Diplôme Inter Universitaire « Ethique en Santé » de Jean-Philippe PIERRON, sur la relation de soin, novembre 2015.

Le cadre hospitalier, dont les objectifs se fixent de plus en plus dans une logique de rendement et de productivité, vient jouer un rôle majeur dans la relation de soin quelle qu'elle soit à l'hôpital. La pression sociale, par sa demande de soin ou plutôt de réponse immédiate, vient aussi s'immiscer dans cette relation. La rencontre d'un patient aux urgences ne peut donc pas s'affranchir de ces deux points de pression majeurs qui la conditionnent.

La rencontre de l'autre aux urgences se fait dans une temporalité brève, fragmentée et sans suite. Cette temporalité, correspondant puisqu'il y a urgence, toujours à un phénomène aigu dans la vie du patient, borne la rencontre et c'est en elle qu'elle se déploie. L'intensité de cette rencontre varie en fonction de la disponibilité du médecin dans ce lieu d'activité, de ses ressources empathiques vis à vis du problème médical du patient et de la vulnérabilité réelle ou exprimée de ce dernier. Il est évident que l'accueil que le médecin réserve au patient et sa sollicitude ne seront pas les mêmes selon qu'il s'agisse d'un problème grave ou d'un motif bénin. Ainsi, l'urgentiste ne peut et ne doit mobiliser ses ressources empathiques de manière excessive pour des situations qui ne le justifient pas mais se doit d'apporter un « care » proportionné à chaque situation.

En conséquent, il apparaît que la relation de soin aux urgences et la dimension de « care » portée à l'autre qu'elle requiert ne peut subsister que sous un polymorphisme aussi varié que l'est celui des motifs de prise en charge. Allant de l'éphémère de la consultation sans lendemain, aux besoins aigus d'étayage psychologique et affectif que certains nécessitent.

2. Ce qui le légitime ?

Il n'existe pas de « cure » sans « care ». Autrement dit, la relation de soin ne peut se suffire à n'être qu'un moyen sinon elle se réduit à n'être qu'une simple prestation. Mais finalement, alors que le cadre de la consultation aux urgences pousse à n'être que prestataire dans de nombreuses situations, pourquoi ne pas s'en satisfaire ?

Notre société de plus en plus distante et fermée à l'autre, ainsi que les contingences de l'urgence et la technicisation de la médecine poussent à ce que la relation de soin en soit

inévitablement ainsi. « *La médicalisation de la santé et la technicisation du soin ont amené insensiblement la dissociation entre le geste thérapeutique et le geste soignant.* »⁵⁸ Cependant, les raisons pouvant nous motiver à développer d'avantage de « care » aux urgences sont les suivantes.

D'une part, comme nous l'avons vu lors des entretiens, celui qui présente un problème médical sans caractère d'urgence, vient soit par carence du système de soin, soit pour répondre à un problème médical qui évolue et génère d'un coup une angoisse suffisante pour demander un avis médical. La réponse à cela, après avoir écarté toute urgence (Dr A.) est souvent de l'ordre de l'avis médical et nécessite plus que des examens complémentaires, une réorientation et une réassurance. C'est là où l'absence de jugement (Dr B.) et la prise de conscience de demande de « care » implicitement exprimée, permet de répondre au malade non pas comme à un « profiteuse du système » mais comme à un patient nécessitant une consultation de médecine générale sans rendez-vous. Un minimum d'accueil et d'empathie est donc nécessaire pour que la rencontre ait lieu, que le patient soit pris en considération et que le médecin accepte d'entrer dans une relation de soin.

Le vécu des patients pour ce type de consultation les met toujours dans une position de demande et souvent partiellement conscient du caractère non urgent de leur demande, génère une certaine culpabilité. Le mélange d'angoisse médicale et de culpabilité est source d'agressivité face à l'attente et la non considération des patients. L'information et les explications sont nécessaires pour désarmer cela (Dr A., Dr B., Dr C.). La parole rassurante, et explicative permet à ce que l'attente soit acceptée; que la consultation ait lieu dans de bonnes conditions, et que le médecin garde sa place et joue son rôle.

Les patients déments ou en soins palliatifs aux urgences sont un autre sujet de consultation pouvant être désarmant pour l'urgentiste. L'absence de communication verbale ou la souffrance physique et morale, partagée en plus par l'entourage, nécessite une prise en compte de cette vulnérabilité et un accompagnement psychologique important. L'urgence dans ce cas, très bien exprimée dans les entretiens est souvent simple médicalement mais mobilise énormément

⁵⁸ PIERRON Jean-Philippe, « *Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins* », Sciences sociales et santé 2007/2 (Vol. 25), p.48

d'empathie, de sollicitude et de compassion vis à vis du malade et de ses proches. Se réduire, à ne répondre strictement qu'au problème médical sans considérer le malade comme sujet et la place qui l'occupe auprès de ses proches, revient à délaisser toute l'humanité de notre métier et faire sortir le médecin de la relation de soin. La confiance accordée au médecin est ce qui se joue, si le « care » n'existe pas car elle est le berceau de la relation. La clé de voute n'est pas ici le soin technique mais l'ouverture à l'autre et l'accueil empathique de sa souffrance.

« La confiance est un mélange de rationalité et de sentiment, impliquant en même temps une évaluation de la situation et un acte de foi. »⁵⁹ Ainsi, le « care » par sa dimension empathique permet d'apporter l'irrationalité nécessaire à la construction de la confiance, que le « cure » par sa dimension rationnelle seule, ne permet pas. Le pacte thérapeutique n'a lieu que si « une conscience rencontre une conscience, une confiance rencontre une confiance. »⁶⁰

Bien évidemment les urgences médicales vraies, non abordées dans ce travail, nécessitent vraisemblablement tout autant de « care » dans le « cure », mais il se place probablement dans l'instantanéité des gestes dirigé d'avantage vers un sujet que vers un objet...

En s'abstenant de tout jugement sur le motif de recours du patient, souvent lui même victime des carences de notre système de santé, le médecin s'ouvre la possibilité de rencontrer l'autre et de l'accueillir. En humanisant le soin, même s'il n'a pas de caractère d'urgence ou résulte de dysfonctionnements ou de convenance personnelle, le médecin s'accorde la possibilité d'entrer dans une relation de soin, même fugace. Celle-ci est nécessaire à restaurer la confiance; Confiance qui évite de faire des examens inutiles (sources de réassurance mutuelle) et redonne au médecin sa compétence et la dimension humaine de son métier.

⁵⁹ BIZOUARN P., *Le médecin, le malade et la confiance*, Éthique & Santé, Volume 5, Issue 3, September 2008, p. 166.

⁶⁰ Idem, p172.

3. Des freins à la sollicitude

L'éthique du « care » appliquée aux urgences permettrait d'humaniser d'avantage l'accueil des patients aux urgences et de personnaliser d'avantage le soin, tout en restaurant la place du médecin et la considération qu'il a de lui même, en évitant l'écueil de le réduire à un simple prestataire de service. Cependant, il existe de nombreux freins à cela.

En premier lieu, le cadre des urgences avec un espace temps court et son fonctionnement obligeant à la prise en charge multiple de patient dont certains nécessitant des soins urgents, ainsi que les lieux parfois exigus ou dépassés par le flux de patient, limitent l'espace relationnel qui ne peut se dilater comme on le souhaite. Il y a donc nécessité d'abdiquer de certaines exigences relationnelles propres à la relation médecin malade, dans ce temps de l'urgence et de viser un « care » dégradé.

De la même manière, nous n'avons pas de prise sur les comportements sociaux qui confondent urgence et immédiateté, qui ont recours à une consommation médicale débridée, qui réclament toujours plus de performance technique et qui excluent tout échec par une revendication du risque zéro.

L'institution hospitalière dont les objectifs reposent maintenant sur des éléments majoritairement économiques, pousse à une pratique de l'urgence numéraire et ne tenant pas compte d'éléments qualitatifs non quantifiable font perdre de vue aux médecins le caractère humain de leur travail, pour ne laisser place qu'à des questions de rendements, de nombre de passages, et de critères organisationnels permettant un recrutement le plus rentable possible. Elles induisent ainsi dans la relation de soin, un effet de dépersonnalisation du malade dont sont imprégnés les médecins.

La vision mécaniste de notre société, parfaitement visible dans l'approche que l'on a de la médecine vise à dépersonnaliser le sujet malade en le fragmentant en organe et en perdant de vue sa globalité. La mise en place de protocoles objectivable et reproductible dans un souci d'efficience médicale conditionne le médecin qui tend à ne réduire sa pratique qu'à la simple application de ces protocoles, oubliant que bien qu'indispensables en médecine d'urgence, ils ne

se suffisent pas à eux même. L'objectivation des techniques et des pathologies prédispose ainsi à réduire le sujet souffrant à l'expression simple de sa pathologie et de confondre l'objet et le sujet de soin.

Tous ces éléments sont des freins au care sur lesquels il est difficile d'agir mais dont il faut avoir conscience pour permettre la germination d'une éthique du care aux urgences. Il est d'autres freins plus inhérents à l'urgentiste lui-même qu'à son environnement qui sont décelables. Pour cela, il convient d'interroger nos représentations de la médecine d'urgence.

En effet, la motivation de la plupart des urgentistes à faire ce type d'activité provient des représentations que ils ont de la médecine d'urgence, et de celle du médecin capable de « sauver des vies ». Ce choix comme nous l'avons vu en entretien ou comme le décrit Jean Emmanuelli dans son étude⁶¹, est surtout pour un jeune médecin, celui d'être dans l'action, dans la maîtrise de la compétence technique et dans la recherche de sensations fortes voir même de fuir la médecine générale. La banalité de nombreux motifs de recours ne peut être que source de déception, de frustration et de rejet, pour celui qui a fait ces choix. Difficile ainsi de trouver la motivation empathique à soigner l'autre dans un tel ressenti.

La plupart des urgentistes ont ou ont eu une activité pré-hospitalière, médecine de sauvetage par excellence. Cette pratique médicale, suit la même logique que la médecine de guerre⁶² et pour faire face à l'adversité et l'impact psychologique de situations dramatiques ou choquante, le médecin n'a d'autres ressources pour être actif que d'objectiver l'autre, de se distancier de sa souffrance, et de se protéger de ses propres émotions pour permettre l'action⁶³. Il a besoin dans ces circonstances d'un mouvement inverse à celui du « care » pour être dans le « cure ». Imprégné de cette pratique, s'il n'a pas conscience de ces mouvements nécessaires d'objectivation ou d'empathie selon les situations, par un mécanisme de répétition, le médecin s'accommode d'un mode de fonctionnement par défaut d'objectivation reproduit ensuite pour

⁶¹ EMMANUELLI J., Éthique et médecine d'urgence (Deuxième partie), Urgences Médicales, Volume 16, Issue 2, 1997, Pages 63-76

⁶² Idem p. 74

⁶³ Idem p.68-70

tous type de consultation. Réglé ainsi par défaut et par réflexe de protection, il se prive ensuite de faire resurgir le care quand il le nécessite.

La juxtaposition de situations médicales émotionnellement difficiles ou graves et de consultations d'une banalité sans nom, demande au médecin des mouvements émotionnels antagonistes aux quels il ne peut facilement répondre et constitue un frein important au care. Dans mouvement de balancier, il doit selon les situations soit se protéger par un mécanisme d'objectivation du sujet pour être dans l'action que requiert l'urgence, soit être empathique par des mécanismes de subjectivation pour être disponible à autrui, ce que requiert le « care ». Il est aisé de comprendre qu'il ne peut à tout moments mobiliser ses ressources alors qu'il est conditionné pour se protéger. De plus ses ressources ne sont pas inépuisables, et le travail en garde, de nuit ainsi que l'enchaînement des consultations est épuisant et constitue un frein pour répondre avec sollicitude à toutes les demandes.

Enfin, contrairement au médecin généraliste, le médecin des urgences dispose de moyens importants d'examen complémentaires ou d'accès à l'avis d'expert qui le placent dans une situation d'obligation de moyens. Cet accès facile, dont les patients sont conscients, devient l'enjeu de consultation, où le médecin s'efface derrière sa prescription et se réduit à n'être que cela. En effet il est difficile de laisser partir un patient demandant une radio, sans imagerie même si elle ne se justifie pas médicalement car la fin se confond avec le moyen. Ici pourtant, la parole médicale, l'information et l'explication dans un souci de care peuvent restaurer la confiance et redonner au médecin son autonomie décisionnelle. Ainsi l'exigence de soins techniques des patients conditionne aussi les médecins vers un comportement de prestataire.

4. Comment accueillir ?

Il apparaît évident que l'objectif du travail aux urgences doit être réaliste et efficace et ne cherche pas à être une médecine parfaite. Cependant la prise de conscience de l'existence d'une possible éthique du « care » adaptée à l'urgence peut permettre de modifier nos pratiques et d'ajuster la relation de soin en vue d'améliorer la dimension d'accueil sous entendue dans nos services.

La première étape est de connaître l'éthique du « care », de s'en imprégner et sans doute d'être convaincu soi-même de la nécessité de cette approche complémentaire au cure afin de développer dans nos services une culture du « care ». La diffusion de ces deux dimensions du soin, doit être favorisée afin que puisse exister une réelle philosophie du soin et un recul sur nos pratiques médicales. Il va de soi, que la dimension de « care » doit être adaptée à l'urgence et intégrer les limites de la médecine d'urgence et de ceux qui la pratiquent.

Proposer un nouvelle lecture des urgences suppose de modifier nos propres représentations du rôle de l'urgentiste et de sa pratique. La société évoluant vite et le système de soin manquant de facultés d'adaptation, les urgentistes prennent de plein fouet les modifications de comportement et les pressions institutionnelles sans avoir les outils leur permettant de s'adapter. Le métier d'urgentiste consiste désormais à savoir gérer parfaitement toutes les urgences vitales et fonctionnelles de toutes spécialités, mais aussi être capable de devenir généraliste et prendre en charge l'angoisse de l'époque avec son lot de consultations banales, de gérer l'urgence sociale et les problèmes psychologiques et de réorienter tous les égarés dans une véritable relation de soin. Ce changement de regard sur le rôle de notre profession est à mon sens le prix à payer pour sortir de la frustration de ne pas faire que de véritables urgences aux quotidiens et restaurer la considération que l'on a pour notre métier.

Toute modification de pratique implique une formation et une diffusion. Nos jeunes médecins, naturellement portés vers le « cure » comme nous l'avons vu, doivent être sensibilisés dès le début à une double approche de leur travail et se préparer à endosser un rôle social et de médecine d'urgence. En parallèle de la technicité de l'urgence, des connaissance et du savoir, ils

doivent développer les compétences de l'accueil assises sur les principes éthiques de justice, de bienveillance et de « care ».

Cette modification n'est pas simple et demande des efforts et sans doute une certaine maturité, car elle relève du renoncement à notre toute puissance de médecin urgentiste face à la mort. « *Il ne s'agit plus de repousser les limites de la vie mais plutôt de travailler aux limites de l'existence.* »⁶⁴ Il convient d'accepter alors même que nous commençons à maîtriser ce type de médecine d'être en échec, et enfin d'apprendre à se protéger de la violence de l'urgence par l'objectivation sans se couper de toute subjectivation et d'empathie envers autrui. C'est au prix d'un certain renoncement au « cure » exclusif et salvateur que l'on peut acquérir une vision plus modeste de notre rôle d'urgentiste. C'est une perte mais c'est un gain. Accepter de n'être qu'un parmi tant d'autres, c'est renoncer à une médecine spectaculaire et attractive, et accepter de faire une médecine ordinaire mais plus humaine, une médecine où la relation de soin existe et où le patient devient sujet et où le médecin accomplit son rôle. « *Il s'agit d'accepter l'idée des limites, de se défier de l'urgentisation excessive du soin et chercher plutôt à « concilier geste et attitude » en harmonisant l'utilisation de la technique et l'accompagnement médical.* »⁶⁵

Les médiateurs d'un certain « care » peuvent être la parole, l'écoute et le geste. La parole permet l'information qui doit être « claire, loyale et appropriée ». L'information de ce qu'on fait et pourquoi on le fait permet d'objectiver le soin. La parole en reformulant la demande du patient, manifeste l'écoute du patient. Cela permet de dégager aussi un contrat tacite sur ce que le patient est en droit d'attendre en terme de soin d'urgence et ce qui n'est pas de ce ressort. La parole est aussi une bonne réponse pour humaniser le lien. Soit par sa neutralité, elle permet de répondre à ce qui est de l'ordre du service rendu. Soit par l'expression d'empathie, de compassion, ou de soutien, elle permet de recevoir la vulnérabilité que le patient vient déposer ici. L'écoute est le corollaire de la parole est tout aussi importante qu'elle. Sa place dans toute souffrance psychologique est de l'ordre du soin et celle-ci est curative.

⁶⁴ EMMANUELLI J., Éthique et médecine d'urgence (Deuxième partie), Urgences Médicales, Volume 16, Issue 2, 1997, p. 74

⁶⁵ Idem, p. 74

Quant au geste médicale, il porte en lui deux aspects : technique et relationnel. C'est dans son intentionnalité que peut résider le « care » s'il est accompagné de paroles ou d'éléments non verbaux qui replace le patient en tant que sujet et non s'il est pratiqué pour lui-même, comme une simple réponse technique sans souci du vécu du patient. Support de communication non verbale le geste à lui seul peut exprimer l'intersubjectivité et le ressenti tels la compassion, la sympathie, la bienveillance, le désaccord, le dégoût, la distance, etc... Prendre conscience que nos gestes font partie du jeu relationnel et de la relation de soin, permet aussi de se les approprier pour manifester le « prendre soin ». Telle une poignée de main, une main sur l'épaule ou une attitude réconfortante peuvent accompagner nos prescriptions et assurer le patient que sa plainte a été entendue. Sachant que certains patients plus que de soins médicaux nécessitent une véritable « perfusion relationnelle ».

Bien évidemment, en fonction des sensibilités de chacun, notre empathie et notre souci de l'autre s'expriment différemment, mais toujours se manifestent. De la même manière que nos sentiments négatifs ou la volonté d'une a-relation s'expriment. L'important paraît de savoir où on se situe et qu'on le veuille ou non, le jeu relationnel joue. A chacun de le développer ou l'utiliser comme il le souhaite pour inspirer confiance.

Il existe un temps relationnel nécessaire, même en urgence. Sans pour autant le distordre en excès, il participe à la durée des prises en charges. Mais, bien souvent, il n'a guère besoin de dépasser la durée de l'acte médical propre. Cependant, ce temps qualitatif est peu intégré et reconnu dans notre logique institutionnelle car non quantifiable. Sans doute serait-il souhaitable de réfléchir à des moyens de le faire valoir.

L'urgence n'est pas d'avoir une réponse vite. La société civile, amplifiée par le rôle des médias pousse à ce que l'on soit en état d'urgence pour des demandes qui ne le sont pas. Recadrer auprès des patients, la confusion actuelle existante entre immédiateté et urgence est non seulement nécessaire mais aussi peut être un moyen d'aménager le temps. Cependant, différer les fausses urgences est toujours délicat, car cela sous entend de méconnaître en aucun cas une urgence sous-jacente. De plus, les patients nourris par un sentiment de droit impondérable revendiquent facilement ce qui leur paraît être de l'ordre de l'urgence. Un travail relationnel paraît indispensable pour que la patient devenu « usager » ne devienne pas client et n'oublie les

devoirs inhérents à ses droits. La fréquentation toujours en hausse des services d'urgences, objectifs non dissimulés de nos administrations en quête de rentabilité, ne doit pas nous faire déroger de notre pratique en gardant une visée médicale, mais nous devons réfléchir par ailleurs à comment améliorer notre capacité à nous mobiliser pour des banalités.

Un autre aspect de l'accueil à favoriser sur lequel nous devons être vigilant est celui du parcours du patient tout au long de son passage aux urgences. Ici, l'ergonomie et l'optimisation du parcours du patient aux urgences va conjointement dans le sens du patient et de ceux qui y travaillent. Faire que les patients aient le moins d'attente ou le moins d'étape entre les examens va dans un intérêt commun. Cependant tout au long de sa prise en charge, si l'on tient à garder à l'esprit une éthique mettant au centre le patient, il convient de veiller à ce que la personne accueillie aux urgences soit respectée, considérée, informée, son intimité préservée et son attente décente.

L'amélioration des contraintes n'est donc pas simple et pour certaines d'entre elles ne dépende pas directement des médecins mais du système de santé lui-même. Il pourrait être intéressant de réfléchir à comment valoriser le prendre soin et le non quantifiable en introduisant face à l'institution des critères de qualités répondant à leur logique

5. L'éthique du quotidien

En somme, l'accueil aux urgences dans sa dimension accueillante du terme revient à définir une « Ethique du care » appliquée à l'urgence, c'est à dire une éthique du quotidien qui en prenant conscience qu'une relation médecin malade subsiste dans le temps de l'urgence s'attache à restaurer cette relation en développant respect, bienveillance dignité et confiance en un lien plus humain

Il s'agit ici, non pas de définir formellement une conduite à tenir ou une « éthique du quotidien » clairement définie mais plutôt de retenir qu'il s'agit d'avantage d'une visée éthique à intégrer dans une approche pragmatique de la médecine effectuée aux urgences hospitalières. Il n'existe pas de système de soin idéal, l'objectif d'intégrer cette visée éthique est de réformer

dans un but pratique notre façon de faire afin que patient et médecin puisse garder leur place dans une relation de soin ni soumise au paternalisme médical, ni à la dérive de la prestation de service, ni distanciée du patient au nom de son autonomie. Intégrer dans l'évolution de la médecine d'urgence, l'évolution même de la relation médecin malade, tel que Jean-Philippe Pierron la décrit, c'est à dire une relation mutuelle où médecin et patient travaille ensemble dans l'intérêt de ce dernier, devrait aider à restaurer la rôle de chacun.

Pour qu'une éthique du quotidien, reflet de la relation de soin telle qu'elle évolue dans notre société et plus particulièrement aux urgences, se mette en place, il convient de se convaincre de l'importance du jeu relationnel dans le soin et de la richesse humaine que véhicule le « care » pour le patient, comme pour le médecin, et de la stérilité du « cure » dénué de « care ».

Cette place et se développement du « care » sous forme d'un accueil au sens large ne peut se diffuser et s'expandre sans travail en équipe. Bien que cette sensibilité au « care » puisse être individuelle et la relation dans une consultation singulière, le raisonnement éthique doit être porté par une volonté collective de le faire vivre. Cette réflexion éthique ayant pour objet de ne pas pointer les sujets pour ce qu'ils sont mais pour ce qu'ils peuvent être et sur quels outils ils peuvent s'appuyer pour entretenir et développer leurs qualités relationnelles et humaines, coeur de notre métier. Le recul sur nos pratiques, la façon d'accueillir l'autre, la place et le rôle que doit tenir le médecin aux urgences, ne peuvent évoluer que lors de réflexion de groupe, à la manière du Groupe de Réflexion sur l'Éthique Médicale au Quotidien (GREMQ), qui en a pris l'initiative en médecine libérale généraliste et qui évoque régulièrement, dans la pluridisciplinarité des cas concrets et exemplaires sur le thème de l'éthique médicale.⁶⁶

La présence d'une réflexion sur nos actes quotidiens est une gymnastique sans doute nécessaire et indispensable pour pouvoir sortir d'une logique de médecine quantitative omniprésente et venir nourrir une médecine de qualité techniquement et humainement. « *La réflexion sur l'Éthique Médicale au Quotidien apparaît non seulement comme une excellente*

⁶⁶ F. Baumann, *L'éthique médicale au quotidien : un concept efficace d'éthique clinique*, Éthique & Santé, Volume 1, Issue 3, September 2004, Pages 131-133.

ouverture de la médecine aux Sciences Humaines mais aussi comme un moyen pour les médecins de redonner sens et valeur à leurs actes quotidiens »⁶⁷.

Une réflexion collective, ne peut se mettre en place que si elle est portée par un projet d'équipe. C'est là qu'est la place des responsables de services médicaux et paramédicaux. C'est là qu'un engagement dans le projet de service est nécessaire pour développer cette éthique, en le structurant avec des mesures concrètes. Par exemple, intégrer dans le projet de service, la formation et la sensibilisation de tous les acteurs des urgences pour développer l'éthique du « care » au quotidien. La cohérence du projet et de ses objectifs doit s'établir au travers de réflexions communes via des groupes de travail qui pourraient s'inspirer par exemple de ceux de Revue Morbi-Mortalité (RMM) déjà institués dans nos services. Ces RMM visent à comprendre rétrospectivement les erreurs médicales commises dans la prise en charge d'un patient difficile ou des erreurs récurrentes. En éthique, le travail pourrait se faire de la même manière en prenant des cas et en y étudiant, comme décrit au chapitre précédent, les freins au « care » mis en jeu et modifiables.

La réflexion éthique doit se porter collectivement au sein de l'équipe mais doit aussi s'appuyer et se développer à l'aide d'autres équipes transversales ayant une vision aussi globale du patient tels que les services de gériatrie, les centres de prise en charge de la douleur, etc... Interroger les comités d'éthique sur les problèmes du « care » rencontrés en urgence peut être aussi une piste de réflexion. L'organisation des lieux, et les systèmes de parcours du patient peuvent aussi être revisités à l'aune du « care » pour que d'un bout à l'autre de sa prise en charge, se pose la question : « comment dans nos spécificités de l'urgence, trouve-t-on des moyens concrets d'accueillir le patient dans sa dimension humaine, personnelle et singulière? »

Cependant, l'éthique du « care » appliquée à l'urgence, ne peut pas ignorer les contraintes de l'urgence et doit épouser le « cure » prédominant dans notre secteur d'activité. Elle se doit d'être proportionnée à l'urgence et dégradée selon les situations. Néanmoins elle repose au vu de ce travail sur trois principes éthiques qu'il faut interroger d'avantage: la justice au sens de la loi et celle au sens de la proportionnalité, socle important d'une médecine distributive, limitée dans ses capacités, et accessible à tous; l'autonomie du patient, dans une relation à trois (patient,

⁶⁷ Idem, p 133.

médecin, institution) où les protagonistes ne se sont pas choisis; la bienveillance faisant appel à la notion de « care » et à une dimension plus affective et psychologique, et demandant altruisme et capacité d'écoute.

Deux principes philosophiques complexes, très partiellement abordés dans ce travail vue la complexité de leurs concepts, sont le temps et l'altérité. Par la nature urgente de cette médecine, et le rapport au temps que nous avons dans notre société, ce champ philosophique doit être relié et participé à toute réflexion éthique sur la place du « care » en urgence. L'altérité, car l'autre, de toutes conditions, se présente sous toutes ses formes et sous tous visages à l'hôpital, exposant détresse et vulnérabilité qui ne peuvent s'accueillir dans l'indifférence d'une médecine mécanique.

Le patient; son vécu est ici peu abordé, mais sans nul doute sa place doit rester le centre de nos préoccupations. A la manière dont Claire Marin le dépeint dans son roman « Hors de moi »⁶⁸, les émotions, l'accueil et le vécu de la maladie aux urgences par les patients pourraient être transcrits afin de ne pas laisser sourds les médecins à leurs ressentis. Nos pratiques médicales et surtout relationnelles ne peuvent évoluer sans les enseignements de ce que vivent les patients accueillis dans un service d'urgence. Mais dans une relation modifiée et un accès au soin de plus en plus consumériste, le patient, et plus précisément l'utilisateur, a non seulement des droits qui ont été clairement énoncés, mais aussi des devoirs qu'il peut convenir parfois de lui rappeler s'il ne veut pas consommer non seulement les soins mais les médecins avec.

Enfin, la place du « care » aux urgences est un écho à la place dans la médecine dans notre société. Travailler sur une éthique du « care » aux urgences, revient à convoquer le rôle de l'institution, de l'administration hospitalière, du système de soin et de la protocolisation de la médecine, dans l'objectivation quantifiable d'une médecine d'urgence qui par nature prédisposée à l'être doit nous interroger sur le véritable sujet (de soin) qu'elle traite. Il est évident que les enjeux de la réflexion éthique doivent être rappelés en termes de bénéfices pour le patient aux administrations. La réflexion et le dialogue avec l'encadrement administratif et institutionnel doit se porter sur comment transcrire et valoriser le temps du « care »?

⁶⁸ MARIN C., *Hors de moi*, Paris, Editions ALLIA, 2008.

Laisser une place à l'éthique du « care » dans nos urgences, c'est garder à l'esprit que quelques soient les situations, il existe toujours une relation de soin si on se donne les moyens de la faire vivre; comment la manifester vis à vis de nos tutelles hospitalières c'est un point important à soulever pour qu'elle reconnaisse la qualité inaliénable de ce que l'on traite et que perdure l'essence même de notre vocation.

Conclusion

Dans un contexte de contraintes importantes ou l'urgence médicale prime sur toutes autres valeurs, le corps et l'organicité prennent place et par les réponses qu'ils appellent sont de l'ordre de l'objectivable et de la compétence technique, prédisposant à un effacement du sujet vulnérable se tenant devant le soignant. Habitué à une relation de soin répétitive qui mécanicise la pensée, le médecin urgentiste s'il n'est pas vigilant oublie peu à peu ce qui le lie à l'autre et comme dans un courant marin, se laisse entraîner et dériver vers une pratique qui n'a de visée que l'efficience et l'efficacité médicale, oubliant ce qui fondamentalement fait la richesse de ce métier, la rencontre de l'autre en un moment de rupture dans son parcours de vie, perdant ainsi le sens propre de ses actes et ce qui le fait exister.

Il est manifeste que le cadre des urgences est « inhospitalier » et la médecine qui s'y déroule, inspirée de la médecine de guerre, pose de nombreuses limites. Les contraintes qui y sont liées ne permettent pas de déployer des temps de consultation propices à l'écoute et la sollicitude indispensable pour prendre soin de l'autre. L'importance du « cure » dans cette discipline s'oppose souvent sur le « care » imposant à ceux qui pratiquent d'accepter ce système imparfait, où le « soin » et le « prendre soin » se mettent en tension au lieu de se compléter. Pourtant, s'il est un lieu où l'accueil prime, c'est bien celui des urgences. C'est ici, à ce carrefour de la ville et de l'hôpital que l'accueil doit renégocier sa place « hospitalière ».

Avec les transformations de la relation de soin et de la société, le médecin urgentiste doit lui aussi évoluer. Il doit élargir sa palette de compétences pour adjoindre à sa polyvalence médicales des ressources psycho-sociales, et valoriser ce qui fait aussi sa spécificité de généraliste dans l'hôpital: être apte à accueillir la vulnérabilité et la précarité par une approche globale de la personne. Ceci ne va pas sans un travail collectif et pragmatique, qui associe tous les acteurs des urgences et ceux qui ont une approche médicale transversale et non spécialisée.

Restaurer la dimension humaine de notre travail aux urgences par l'intermédiaire de l'éthique du « care » sous la dimension d'accueil pour toutes les consultations urgentes ou non, demande de porter un autre regard sur notre rôle et les représentations que nous avons de notre fonction de « sauveur ». Un renoncement à notre toute puissance médicale, ainsi qu'une

objectivation excessive du sujet, s'imposent pour ouvrir nos urgences à une médecine d'accueil plus sociale, plus empathique et plus soucieuse du quotidien et de la banalité pour s'adapter sans se perdre dans la frustration, à une société angoissée et consumériste.

BIBLIOGRAPHIE

Articles

- BAUBEAU D., CARRASCO V. *Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières*, Paris, DREES, Etudes et Résultats N°215, 2003
- DUBOIS V., SIMEON M. *L'hospitalisation de crise : Lieu de nouveaux possibles*, Genève, Thérapie familiale, Vol 19, N°1, 1998, pages 55 - 63.
- PIERRON Jean-Philippe, « *Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins* », Sciences sociales et santé 2007/2 (Vol. 25), p. 43-66.
- BAUMANN F. *L'éthique médicale au quotidien : un concept efficace d'éthique clinique*, Éthique & Santé, Volume 1, Issue 3, September 2004, Pages 131-133.
- BIZOUARN P., *Le médecin, le malade et la confiance*, Éthique & Santé, Volume 5, Issue 3, September 2008, Pages 165-172.
- BITZ J., *L'éthique du care*, Ethique et Santé, 2009, N°6, p. 26
- TOURETTE - TURGIS Catherine, TOCQUEVILLE Mélanie, « *Le care est-il un outil pour repenser l'urgence sociale?* », *Empan* 2012/1 (n° 85), p. 160-166.
- WEBER J.-C. *Douleur, éthique et « bienveillance »*, Éthique & Santé, Volume 8, Issue 4, December 2011, Pages 191-197.
- DAVIDO A., *Les admissions médicalement inappropriées aux urgences*. La revue de médecine interne, supplément au n°3, 1990
- GREBOT E., *Coping, styles défensifs et dépersonnalisation de la relation soignante d'urgence*, Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, Volume 168, Issue 9, November 2010, Pages 686-691
- EMMANUELLI J., *Éthique et médecine d'urgence (Deuxième partie)*, Urgences Médicales, Volume 16, Issue 2, 1997, Pages 63-76

Livres

- VALETTE, Pierre. *Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique*. Paris, Presses universitaires de France, 2013.
- RICOEUR Paul, *Soi-même comme un autre*, Paris, Editions du seuil, 1990
- GILLIGAN, Carol. *Une voix différente, pour une éthique du care*, Paris, Champs-Flammarion, 2008.
- BEAUCHAMP Tom L., CHILDRESS James F. *Les principes de l'éthique biomédicale*, Paris, Médecine et sciences humaines, Les belles lettres, 2008
- WINNICOTT Donald W., *Conversations ordinaires*, Paris, Gallimard, connaissance de l'inconscient, 1988
- WORMS F., MARIN C., *A quel soin se fier? Conversations avec Winnicott*, Paris, Presses Universitaires de France, Questions de soins, 2015.
- MARIN C., *Hors de moi*, Paris, Editions ALLIA, 2008.

Autres Références

- *Le triage en structure des urgences*, Recommandations formalisées d'experts, Paris, SFMU, 2013
- BESSIN M. Texte issu de la conférence « Les urgences et la précarité » à Paris, organisé par l'Espace éthique de l'AP-HP, octobre 2000 et publié dans la Lettre de l'Espace éthique n° 15-16-17-18, 2002, p 3
- GREGOT M-C. *L'enseignement de l'éthique en institut de formation en soins infirmiers*, Mémoire DIU éthique, Lyon 1er, 2010
- Centre Nationale de Ressources Textuelles et Lexicales, <http://www.cnrtl.fr/definition/bienfaisance>
- Cours Diplôme Inter Universitaire « Ethique en Santé » de Jean-Philippe PIERRON, sur la relation de soin, novembre 2015.
- Loi du 4 mars 2002 (Loi n°2002-303) relative au droits des malades et à la qualité du système de soin

Annexe

ENTRETIEN SEMI DIRIGE (durée 45 min)

Introduction sur le sujet et objet de l'entretien :

0 - 5 min : Présentation et Motivation

- Activité et lieu de travail (type d'urgences / taille de structure)
- Motivation à devenir médecin urgentiste et le parcours qui vous y a conduit ?
- Projection dans l'avenir à continuer ou pas les urgences
- Plus grande satisfaction et plus grande déception actuelle dans le travail aux urgences ?
- Quelle est la problématique la plus importante des urgences pour vous à l'heure actuelle (organisation ?, formation des personnels ? institution ? économie ? motifs de recours ? etc...)

5 - 15 min : Le médecin urgentiste idéal pour vous ?

- Quelles sont les compétences requises pour être un bon urgentiste
- Quelle représentation en avez vous
- Quel est son rôle dans notre société actuelle et que pensez vous que l'on (la société) attend de lui ?

15 - 25 min : 5 situations : que pensez vous, que dites vous au patient et comment gérer vous les 5 situations suivantes :

- Le patient qui se présente sans aucune pathologie nécessitant une prise en charge urgente
- Le patient qui s'impatiente
- Le patient abonné aux urgences
- Le patient dément
- Le patient en soin palliatif

25 - 30 min : Le temps

- Pensez vous avoir assez de temps aux urgences pour faire correctement votre travail ?
- Avez vous le sentiment de prendre votre temps avec les patients ou non, et cela influence-t-il votre façon d'être avec eux ?
- Etes vous soucieux du temps que les patients passent en salle d'attente (ou cela importe peu) ?

30 - 40 min : Le « care » et la relation au patient

- Dans quelle mesure êtes vous attentif à la relation que vous avez avec vos patients , lors d'une prise en charge en urgence ?
- Quelle type de relation pensez vous avoir avec vos patients ? (médical stricte ? expéditive ? commerciale ? empathique ? distante ...)
- De prime abord, faites vous plutôt confiance à vos patients ou vous méfiez vous d'eux ?
- Pensez vous que les patients se sentent globalement considéré dans leur accueil aux urgences ?
- Pensez vous que l'éthique a une place en urgence et si oui, laquelle ?
- Connaissez vous l'éthique du care (explications)
- Cette éthique du « care » a-t-elle pour vous une place en médecine d'urgence ?

40 - 45 min L'évolution du système de soin :

- Pensez vous que nous accueillons correctement les patients aux urgences et si non, que modifier ?
- Vers quoi, d'après vous la relation médecin malade aux urgences doit-elle évoluer (plus humaine ou plus technique) ?
- Que proposeriez vous pour humaniser d'avantage ou prendre d'avantage en considération l'accueil des patients en urgence ?
- Vous paraît-il plus simple de changer les urgentistes ou le système de soin ?
- Pensez vous que les urgentistes soient capable de modifier leur propre représentation de leur rôle d'urgentiste ?
- Pensez vous être représentatif des urgentistes dans votre façon de penser ?

Activité et lieu de travail : Hôpital Lyonnais / service d'urgence faisant 80 à 90 passages sur 24 heures
Type d'urgences : médicales et chirurgicales, psychiatrie, mais pas de pédiatrie ni de maternité (réorientés sur HFME)

Votre motivation à être urgentiste ?

Intérêt pour le travail en équipe et la technique
pour éviter le relationnel « en « tête-à-tête » avec le patient en médecine générale
le côté « adrénaline »

Votre parcours ?

- Médecine générale, Médecins Sans Frontières, Hopital pour l'esprit collaboratif entre spécialités (avis des collègues)
- Comment voyez-vous votre avenir : Inquiétude par rapport au mode d'exercice (gardes de 24 heures) par rapport à l'âge : pourquoi pas le service de soins palliatifs ?

Votre plus grande satisfaction ? l'échange avec les patients

Votre plus grande déception ? l'organisation en aval (???) sur le plan social, médical et para-médical.

La plus grande problématique des urgences :

Ne pas passer à côté d'une véritable urgence qui ne se voit pas extérieurement lorsque le patient se présente : attention à ne pas juger au premier abord -> agressivité du patient, de l'équipe médicale ou des confrères (spécialistes).

Comment être un bon urgentiste ?

IL est primordial d'avoir une excellente technique, mais il faut également être ouvert d'esprit car on est confronté à une certaine misère sociale, avoir des « antennes » pour savoir pourquoi le patient est arrivé là (ou pourquoi il a été envoyé par le généraliste ou la famille).

Votre représentation de l'urgentiste « idéal » ?

Capacité d'adaptation phénoménale à chaque situation, ainsi que capacité de « résilience », c'est-à-dire pouvoir « encaisser » beaucoup de situations difficiles des patients sur le plan social, ou alors des erreurs d'aiguillage de la part du médecin généraliste, ou encore le mépris de certains spécialistes qui nous traitent comme des généralistes améliorés. IL faut donc avoir un certain optimisme !

Que pensez-vous que la société attend du médecin urgentiste ?

La société attend une réponse immédiate pour les patients, mais cette urgence n'est pas appréciée de la même façon que nous-mêmes, urgentistes.

VOS REACTIONS DANS LES 5 SITUATIONS SUIVANTES :

1/ CONVENANCE PERSONNELLE (AUCUNE URGENGE MEDICALE)

- Dans le cas où il y a déjà beaucoup de travail dans le service, j'ausculte le patient pour voir si rien ne m'échappe à première vue et vérifier qu'aucune situation d'urgence ne m'échappe.

-
- Dans le cas où j'ai du temps, je prends le temps de discuter avec cette personne (de 5 à 20 minutes) pour savoir pourquoi la personne est venue dans ce service et essayer de la réorienter : il s'agit parfois d'une demande qui n'est finalement pas médicale.
 - Dans tous les cas, je ne réponds jamais au patient qu'il n'a rien à faire dans ce service, j'essaie plutôt de le réorienter.

2/ LE PATIENT QUI S'IMPATIENTE :

S'il y a déjà de l'attente, je le laisse patienter en lui expliquant qu'il sera vu plus tard. Si la personne est mal intentionnée (agressive), généralement elle part d'elle-même au vu de l'attente.

Si la confrontation en salle d'attente est forte, même si j'essaie de rester très neutre, je demande à mon collègue de l'ausculter afin de ne pas entreprendre une consultation dans un esprit d'agressivité.

3/ LE PATIENT ABONNE AUX URGENCES :

Certains sont attachants, la plupart sont des « personnalités ». Je ne les décourage jamais, même si j'essaie toujours de le réorienter avec douceur. Il arrive parfois que le problème soit réglé par un de mes collègues le lendemain, du fait de la rotation de médecins dans le service.

4/ LE PATIENT DEMENT :

Je ne m'adresse pas au patient directement mais soit à la famille, soit à la maison de retraite, car je considère que ces patients sont mal orientés. Je suis évidemment plus incisive avec les institutions (soignants, responsables) que les familles. J'essaie de comprendre comment le patient est arrivé dans mon service. En ce qui concerne le patient, j'essaie de reconnaître ce qu'il exprime (agitation, douleur, ...)

5/ LE PATIENT EN SOINS PALLIATIFS :

De même, je ne comprends pas toujours comment ces patients sont orientés vers nous : les patients du service de soins palliatifs du centre Léon Bérard peuvent parfois arriver dans notre service car leur service d'origine n'a pas ou mal statué sur leur dossier, parfois les familles se tournent vers nous dans une certaine panique lorsque le malade en fin de vie est revenu à domicile.

LA RELATION AUX PATIENTS

Pensez-vous avoir assez de temps aux urgences pour faire correctement votre travail, et en être satisfaite ?

Nous sommes deux à trois médecins en journée ; un seul le soir : avec l'expérience, on arrive toujours à prendre le temps nécessaire en situation d'urgence.

Mais de manière générale, je n'ai pas le sentiment d'avoir suffisamment de temps pour traiter le patient dans sa globalité (médical, social, culturel...).

Avez-vous le sentiment de prendre le temps avec votre patient ? Cela influence-t-il votre relation avec lui ?

Cependant, j'essaie toujours de prendre ce qui me semble être la bonne durée de consultation (qui n'est peut-être pas la durée idéale pour le patient lui-même !), même si en cas de forte affluence, je ne suis pas satisfaite de la durée de mes prises en charge.

Etes-vous soucieuse du temps que les patients passent en salle d'attente ?

Oui ! Même si je n'ai pas de prise sur ce problème...

Dans quel mesure soignez-vous votre relation au patient ?

Je suis soucieuse d'expliquer au patient ce que je fais, pourquoi je le fais, et pourquoi je ne pratique pas certains autres actes (scanner, IRM, ...) J'essaie que le patient comprenne ce que je dis, même s'il ne parle pas français, ou s'il ne sait pas lire. Je souhaite que mon patient comprenne l'ordonnance que je lui fais, et je reprends chaque traitement avec lui, quitte à prendre le temps nécessaire.

Quel type de relation pensez-vous avoir avec vos patients ? Prestataire de service, médical strict, empathique, social, commercial... ?

Peut-être une relation assez « maternelle », par rapport à mes collègues. Mais l'essentiel reste le souci médical, faire le bon diagnostic, justifier ma prise en charge et surtout ne rien oublier du point de vue médical. Je suis médecin et pas assistante sociale, même si j'essaie toujours d'élargir ma prestation en prenant la personne dans sa globalité.

De prime abord, faites-vous confiance à vos patients, ou vous méfiez-vous d'eux ?

Au début de ma carrière, je faisais plus confiance aux patients et à autrui en général. Aujourd'hui, je suis plus méfiante, en expliquant au patient que j'entends des choses qu'il ne me dit pas explicitement, mais je reste dans une dynamique de confiance globale. Mon seul souci concerne ma responsabilité médicale, en ne passant pas à côté d'un diagnostic.

Pensez-vous que les patients se sentent pris en considération en tant que personne dans l'accueil aux urgences ?

De manière générale, j'apporterais une réponse positive, mais tout dépend de l'idéal que le soignant peut en avoir.

Pour apporter une nuance, pensez-vous que le patient est objet (sa maladie) ou sujet de soins (la personne dans sa globalité)?

Le tri à l'accueil des urgences est fait en fonction de l'objet de soins (la pathologie). Ce n'est qu'après, en consultation que la personne peut devenir sujet de soins.

Pensez-vous que l'éthique a sa raison d'être en urgence ? Si oui, laquelle ?

Oui, elle aurait toute sa raison d'être, pour le dialogue et la confrontation. Mais comme nous n'avons pas ce lieu à cause du turn-over, c'est quelque chose qui manque, en particulier dans les domaines gériatriques et palliatifs ; social ; et culturel. A mon avis, c'est quelque chose qui manque à toute l'équipe soignante, et pas uniquement aux médecins, pour réfléchir à certaines prises en charge.

De manière générale, nous ne connaissons pas suffisamment les lois en la matière. Nous n'en voyons souvent que l'aspect de condamnation de certains médecins suite à des pratiques litigieuses.

Connaissez-vous l'éthique du « care » : cette façon de prendre soin de l'autre en tant que sujet de soins, avec prévenance et en intégrant cette notion de sollicitude dans la relation de soins ? Le cas échéant, pensez-vous que cette éthique a sa place aux urgences ?

Il y a le facteur temps : la discussion autour du rôle du service des urgences et remettre le sujet dans le contexte afin de le sortir de son rôle d'objet, et que l'équipe puisse se remettre en question en prenant du recul dans sa pratique (urgence de la prise en charge, fatigue, ...). Cette réflexion s'impose, car cette pression ne va pas s'arranger, et le service social et médical qui nous est demandé doit s'améliorer.

Entre le « cure », pratique que nous connaissons déjà en tant que soignants à l'heure actuelle, et le « care », qui paraît atrophié en regard, l'urgentiste ne devrait-il pas trouver un équilibre entre les deux pour faire face à l'avenir ?

Dans le contexte actuel (plan blanc, grands accidents de la route) avec le triage militaire qui nous entraîne à l'urgence (UEA, UER), où se situera le « care » ? C'est une des limites de notre activité, où le soin d'urgence se doit d'être technique ; dans la « monstruosité » d'un attentat ou d'un plan blanc, où l'humanité peut-elle se situer ? Les urgences étant le reflet de la société, nous sommes à l'intersection de ce qui se vit à l'extérieur : l'immédiateté à tous les niveaux (ressenti des patients, diagnostic, calmer la douleur...)

L'évolution du système de soins : pensez-vous que nous accueillons correctement les patients aux urgences, de manière « générale », dans le cadre du système de soins ?

Non, je pense que nous manquons de personnel ; la clinique où je travaille est une petite structure, mais à grande échelle. Certains hôpitaux comme à l'hôpital Edouard Herriot : l'attente de 48 heures sur un brancard est inimaginable ! Le service public nous demande de faire notre travail mais ne nous donne pas les outils pour répondre aux problématiques de la population (heures d'attente, réponses impossibles à donner, ...) qui devraient intégrer plusieurs spécialités médicales et para-médicales : assistantes sociales, psychiatres, structures palliatives. Pour ma part, j'ai quitté certaines grandes structures à cause de ce problème de manque de personnel.

Vers quoi la relation humaine envers les personnes doit-elle évoluer ? Plus performante ? Plus humaine ?...

Pour moi, il faut avant tout rester performant. Mais la maîtrise du cure devrait pouvoir permettre d'ouvrir au care pour aller plus loin dans la relation au patient (urgences sociales, psychologiques, orientation vers les structures d'aide et d'accueil).

Que proposez-vous pour prendre davantage en considération l'accueil des patients et ainsi humaniser les urgences ?

Il faudrait sans doute proposer plus de formations sur le plan anthropologique, éthique, afin d'instaurer plus de discussion dans les formations médicales et para-médicales, en prenant en compte l'aspect « travail en équipe ». C'est au senior qu'il revient de former les internes en ce sens.

Vous semble-t-il plus simple de changer les urgentistes ou le système de soins ?

C'est justement pour cela que j'évoquais la « résilience » du médecin urgentiste précédemment. C'est à nous de changer, étant donné la lenteur du changement de l'institution.

Pensez-vous que les médecins urgentistes soient capables de changer leur propre représentation de leur rôle ?

Il me semble que c'est une question de personnalité. Il est toujours possible d'évoluer, c'est une question de motivation, surtout en fin de carrière.

Enfin, pensez-vous être représentative de la façon de penser votre métier, par rapport à la population générale des médecins urgentistes ?

J'ai l'impression de me démarquer de plus en plus de la majorité de mes confrères, au point que je me pose la question de continuer ce métier. Au fur et à mesure que j'avance dans ma pratique, la technique m'intéresse toujours, mais mon esprit s'est ouvert à d'autres problématiques ; de ce fait je

me sens en décalage avec la nouvelle génération. Je me sens plus en phase avec l'approche des personnes de mon âge, malgré les différences de personnalité.

En conclusion, il me semble essentiel que certaines personnes soient moins dans la technique pure du soin médical, afin d'équilibrer l'approche de la majorité des urgentistes, notamment les plus jeunes, et les médecins ayant une activité de SMUR uniquement.

Entretien avec le Dr B.

Activité et lieu de travail : Hôpital périphérique de Lyon de petite taille

60 passages/ jour sur 24 heures

Type d'urgences : médicales, traumatiques, psychiatrie, pédiatrie (pas de maternité) + activité SMUR

Votre motivation à être urgentiste ?

L'image du médecin : sauver des gens, poser des actes qui changent le cours de la vie.

Le côté imprévu et imprévisible des situations vécues aux urgences.

Votre parcours ?

- Mes stages en tant qu'externe aux urgences m'ont plu : d'une part la technicité des actes (sutures, drain thoracique, ...) et médicalement, l'immédiateté des soins.
- Projection dans l'avenir : pas encore de saturation, sauf peut-être du côté du SMUR. Je n'envisage pas de travailler ailleurs qu'au service des urgences, si ce n'est l'activité de rapatriement sanitaire, où l'on prend des décisions directes pour apporter une réponse aux problèmes des patients.
- Votre plus grande satisfaction ? La reconnaissance des patients, et à présent des différentes générations des familles, puisque j'exerce au même endroit depuis le début de ma carrière.
- Votre plus grande déception ? Le comptage financier dans l'activité hospitalière, le mensonge que cela représente pour les patients (durée de consultation diminuée de 30 à 20 min, réduction du nombre de portes, ...)

La plus grande problématique des urgences :

Les gens viennent aux urgences pour tout et n'importe quoi : la police et la gendarmerie, souvent débordées, nous envoient les personnes perdues dans la nature; la guérison miracle du « bobo » qui dure pourtant depuis des mois ; la tentative de suicide d'un jeune... C'est une prise en charge sociale et psychiatrique de plus en plus aigüe, qui est le reflet de la société. On recherche un produit miracle et instantané qui réglerait tous les problèmes.

Comment être un bon urgentiste ?

Il est primordial de savoir écouter, analyser et garder son calme, sans juger.

Votre représentation de l'urgentiste « idéal » ?

Ce n'est pas le « sauveur du monde », mais plutôt celui qui aurait la compétence de résoudre le plus de situations possibles avec les moyens qu'on lui donne : la formation technique nécessaire (en l'état actuel de la science), pas débordé, avec une dimension sociale et une approche psychologique (de même que le médecin traitant).

Que pensez-vous que la société attend du médecin urgentiste ?

La société attend une réponse et un traitement immédiats à tous les maux des patients, qu'ils soient médicaux, mais aussi sociaux et chirurgical: comme le fast-food ! En revanche, pour le grand public, c'est celui qui doit sauver des vies (alors que ce n'est pas notre rôle principal). Anecdote : lors de ma première sortie en hélicoptère, « Dieu » est descendu sur terre pour évacuer une victime d'un supermarché bondé un samedi après-midi, alors que nous n'avions pas été formés sur le matériel et n'aurions pas su agir en cas de problème grave !

D'un point de vue relationnel, à quoi le patient s'attend-il en terme d'accueil ?

Que le médecin s'enquière du soucis qui le pousse à venir dans le service, peu importe que le mal ait commencé longtemps avant la consultation ou non, puisque pour le patient, il est aigu à l'heure actuelle et il en souffre. Il souhaite être écouté, guéri, traité, « mis sur des rails » et littéralement assisté !

VOS REACTIONS DANS LES 5 SITUATIONS SUIVANTES :

1/ CONSULTATION POUR CONVENANCE PERSONNELLE (AUCUNE URGENGE MEDICALE)

- Ce que j'en pense : je n'ai pas à juger s'il a sa place ou non aux urgences, mais lui faire l'interrogatoire classique afin de chercher à savoir ce qui l'a conduit à venir à cette heure-là dans le service, malgré les traitements et/ou examens complémentaires précédents. Du motif évoqué, je déduirai si un traitement complémentaire est nécessaire, une réorientation ou un ré-adressage à son médecin traitant ou à un spécialiste. Enfin, je l'examinerai, dans tous les cas.
- Ce que je lui dis : je n'évoquerai pas la convenance personnelle, mais lui ferai comprendre implicitement dans la discussion en lui demandant ce qu'a dit le spécialiste depuis le temps que le problème est apparu... Car le motif pour lequel il s'est décidé à venir consulter maintenant nous éclairera sans doute sur le diagnostic.

2/ LE PATIENT QUI S'IMPATIENTE :

Je vais au-devant de lui. Je le rassure en lui disant qu'on a déjà examiné son cas, et qu'on reviendra vers lui lorsque le moment sera venu, après avoir traité les cas les plus urgents. Je ne le prioriserai pas sur son comportement impatient, et s'il fait le choix de partir, je lui dis que l'hôpital reste ouvert et qu'il peut revenir lorsqu'il le souhaitera. Je ne ferai pas de remarque sur son comportement, mais lui parlerai en privé afin d'éviter d'envenimer la situation.

3/ LE PATIENT ABONNE AUX URGENCES :

Il y en a effectivement quelques cas. Ils sont incapables d'aller voir leur médecin traitant, alors même qu'ils en ont déclaré un. Je vérifie s'il n'y a pas de critère psychiatrique, auquel cas je prescris les soins qui s'imposent ; pour de simples « bobos » j'adopte une attitude pédagogique en leur demandant de cesser de venir systématiquement, hors urgence, après toutefois les avoir vus.

4/ LE PATIENT DEMENT (= pas de communication verbale):

Je le rassure dans un premier temps, et tente de le soulager. S'il vient pour une blessure indépendante de son état psychiatrique, je demande à la famille les antécédents cognitifs antérieurs pour connaître sa sédation (Limitation et Arrêt des Traitements Anticipés (LATA)) et je garde ce membre de la famille auprès de lui, pour le rassurer, et éviter le sur-accident (chute de brancard, ...) et à qui j'expliquerai le traitement ou les actes prescrits. Sinon, je procède à un interrogatoire, en

m'adressant à lui et à son accompagnant familial pour éliminer les éléments anxiogènes et j'essaie de garder mon calme (par rapport à mes premières années de pratique !).

5/ LE PATIENT EN SOINS PALLIATIFS :

C'est un motif de priorisation car il ne faut pas lui faire perdre de temps, puisque normalement il ne devrait pas être dans ce service. Les membres de l'entourage qui se présentent aux urgences sont souvent en train de craquer : d'ailleurs c'est plutôt le soir qu'on les voit aux urgences. Il s'agit plus d'une urgence socio-médicale,

En conclusion, tous ces patients relèvent-ils de la compétence du médecin urgentiste ?

Oui, car nous ne sommes pas des « SMURistes » en permanence, car cela ne représente réellement que 5% de notre activité. Il y a une telle pénurie de médecins, et les patients ne sachant pas à qui s'adresser, je peux comprendre qu'ils se présentent chez nous.

LA RELATION AUX PATIENTS

Pensez-vous avoir assez de temps aux urgences pour faire correctement votre travail, et en être satisfait ?

Tout dépend à quel point on va dans le soin aux patients. Globalement, j'ai l'impression d'avoir le temps de faire mon travail. En revanche, l'enchaînement sans pause entre les patients impacte notre mémoire médicale, et notre niveau de stress ; je pourrais d'ailleurs peut-être remettre en cause ma pratique personnelle et m'imposer deux minutes de « vide » entre deux !

Avez-vous le sentiment de prendre le temps avec votre patient ? Cela influence-t-il votre relation avec lui ?

Oui, je leur explique ce que l'on va faire, où cela va nous mener et de leur laisser le choix ensuite.

Etes-vous soucieuse du temps que les patients passent en salle d'attente ?

Oui ! d'ailleurs, je suis souvent plus stressé qu'eux à ce sujet ! Car je déteste faire attendre les gens, je vais donc les voir une première fois avant de les prendre en charge, sauf si je suis pris par une urgence véritable. Mais dans tous les cas, il faut informer les personnes qu'il y aura plusieurs heures d'attente à cause d'une urgence véritable. Je suis soucieux de les prendre en charge aussi vite que possible, car pour moi l'attente ne devrait pas être systématique.

Dans quel mesure soignez-vous votre relation au patient ?

La relation se fait naturellement, mais il faut qu'elle reste superficielle car de toutes façons je ne me souviens pas des patients quelques heures après, à cause du taux de fréquentation du service.

Quel type de relation pensez-vous avoir avec vos patients ? Prestataire de service, médical strict, empathique, social, commercial... ?

Je suis sans doute quelqu'un qui se protège, tout en étant empathique, mais surtout très médical. Je prends le temps de leur demander à la fois leurs antécédents mais aussi ce qu'ils font dans la vie (ou aux enfants leur classe) pour briser la glace... ce qui n'empêche pas que je l'oublie aussitôt !

De prime abord, faites-vous confiance à vos patients, ou vous méfiez-vous d'eux ?

Je n'ai ni appréhension, ni arrière-pensée. Cependant, après examen, j'ai pu parfois me demander ce qu'un patient m'avait caché... Mais de manière générale, je ne suis pas méfiant, et j'apprécie le fait de soigner des personnes psychiatriques.

Pensez-vous que les patients se sentent pris en considération en tant que personne dans l'accueil aux urgences ?

Il me semble que oui. Notre prise en charge en tant que médecin permet souvent de corriger une mauvaise prise en charge au stade de l'accueil, comme une réflexion désagréable ; ou au stade du soin : rires déplacés des soignants, ou plusieurs personnes assises pendant que l'un travaille dans le box. Cela me choque !

Pensez-vous que l'éthique a sa raison d'être en urgence ? Si oui, laquelle ?

Respect de la personne humaine : il faut chercher à les faire adhérer à ta prise en charge, mais pas les contraindre. Même les personnes démentes ne peuvent être forcées.

Connaissez-vous l'éthique du « care » : cette façon de prendre soin de l'autre en tant que sujet (= en prendre soin) et plus objet de soins (= soigner) avec prévenance, et en intégrant cette notion de sollicitude dans la relation de soins ? Le cas échéant, pensez-vous que cette éthique a sa place aux urgences ?

Non, je n'étais pas formé à cette approche, mais je réalise que c'est en passant du « care » au « cure » qu'on n'a plus rien à faire aux urgences, et qu'on voit si le personnel est sous-dimensionné par rapport au nombre de prises en charge. Lorsqu'il y a un équilibre entre flux des patients et nombre de soignants, on est dans le « care », mais le « surbooking » nous fait passer au « cure » pur et simple. La prise en charge peut être complémentaire, et lorsque le flux est trop fort, le patient devient objet de soin seul. Cependant, sans le « care », le « cure » n'est pas ce qu'il devrait être et sera bâclé (cf l'accueil du patient en salle d'attente mentionné plus haut). Le « care » représente environ 70% du « cure ». Dans l'urgence vraie, on se situe essentiellement dans le « cure », mais la différence se situe dans l'humanisation du rapport au patient.

L'évolution du système de soins : pensez-vous que nous accueillons correctement les patients aux urgences, de manière « générale », dans le cadre du système de soins ?

Il s'agit d'un problème personne-dépendant, et non seulement de structures ou d'institutions. Il faut savoir se remettre en question en prenant du recul sur notre pratique : savoir regarder comment travaillent les services des urgences d'autres hôpitaux, ou d'autres spécialités. Certains professionnels sont très bons techniquement, mais se mettent en difficulté dans leur pec relationnelle. Pour autant, on ne pourra jamais les forcer, il faut prendre les personnes comme elles sont.

Vers quoi la relation humaine envers les personnes doit-elle évoluer ? Plus performante techniquement ? Plus humaine ?...

Pour moi, les médecins ont la technique, et chacun connaît ses compétences. Mais il faut considérer le malade, avoir du respect pour lui : on a droit de lui dire qu'on ne sait pas, qu'on essaye autre chose, qu'on passe la main... mais on a le devoir de le lui dire.

Que proposez-vous pour prendre davantage en considération l'accueil des patients et ainsi humaniser les urgences ?

La carence dans l'accueil aux urgences serait dans l'aspect social : l'humanisation de la salle d'attente et des explications dès l'accueil. On pourrait par exemple remettre au patient une notice pour lui

expliquer le sens de son attente. Il y a l'accueil proprement dit, physique, et l'accueil dans sa dimension humaine du soignant. On a le droit de recadrer les gens, mais de façon aimable, sans élever la voix et surtout sans plaisanter, car on n'a pas le même langage. Il s'agit de leur faire comprendre qu'ils n'attendent pas parce qu'on est en train de se reposer !

Comment alors humaniser le système de soin, au plan global ?

Il faudrait inventer un système d'attente plus humain : leur expliquer pourquoi ils attendent, préserver leur intimité, ouvrir le service aux familles, voire proposer une distraction ! Idéalement, il faudrait se rapprocher au maximum de ce qu'ils ressentiraient s'ils étaient soignés à domicile. Il y a d'ailleurs beaucoup d'efforts faits dans ce sens ces dernières années, par exemple lorsqu'on appelle en renfort les psychologues.

Vous semble-t-il plus simple de changer les urgentistes ou le système de soins ?

Le système de soins dépend des médecins. En France, nous avons la chance de proposer une prise en charge de soins optimale pour tous les patients, quelles que soient leurs ressources. Ils peuvent bénéficier de tous les soins et examens nécessaires dans l'urgence. Les nouveaux médecins urgentistes doivent être formés sur le sujet, car ils sont plus humains que la génération précédente.

Pensez-vous que les médecins urgentistes soient capables de changer leur propre représentation de leur rôle ?

Oui, mais souvent malheureusement, seulement après une grosse remise en question. Pour autant, un urgentiste coupé de sa corporation risque le « burn out ». Il lui faudra nécessairement se remettre en question et se « re-socialiser ».

Peuvent-ils intégrer ce travail d'urgence sociale avec intégration du « care » ?

Oui, c'est justement de notre devoir de former les internes là-dessus, en arrêtant d'identifier un patient à une pathologie (on soigne un patient, pas un doigt !) et en les considérant capables de comprendre pourquoi on décide tel traitement pour eux.

Enfin, pensez-vous être représentatif de la façon de penser votre métier, par rapport à la population générale des médecins urgentistes ?

C'est une question que je ne me suis jamais posée, mais je me pense comme un urgentiste « modéré » (bien que très impatient !). J'aimerais révolutionner beaucoup de sujets, mais ce serait douloureux ! Je pense que même si on doit prendre en charge tout le monde, les français ne se rendent plus compte de ce que coûtent les soins du fait de leur cotisation à la Sécurité Sociale, ce qui les rend consommateurs, alors même que les taux de cotisation sont déconnectés des soins. D'où le déficit de la Sécurité Sociale ! Par exemple, je ne comprends pas pourquoi les consultations de médecine de ville sont devenues gratuites avec le tiers payant, au lieu d'encourager les économies.

De même, les gens ne se rendent plus compte à quel point c'est un luxe d'obtenir un diagnostic dans un temps record, cette accessibilité des soins et cette disponibilité des soignants à la demande. En conclusion, qui de l'urgentiste et de la société doit s'adapter à qui ?

C'est une obligation réciproque, mais c'est plutôt à l'urgentiste de s'adapter ; la société elle aussi s'adaptera lorsque des grandes réformes politiques de fond émergeront.

Activité et lieu de travail : Hôpital Lyonnais / service d'urgence faisant 80 à 90 passages sur 24 heures
Type d'urgences : médicales et chirurgicales, psychiatrie, mais pas de pédiatrie ni de maternité (réorientés sur HFME)

Votre motivation à être urgentiste ?

Initialement médecin militaire auprès des forces armées dans le domaine du parachutisme et la plongée, avec un diplôme de médecine du sport et de médecine hyperbare, j'ai ensuite fait la CAMU pour prendre en charge les personnes civiles dans le cadre des accidents de plongée, ce qui m'a amené à la médecine d'urgence.

Votre parcours ?

En arrivant à Lyon, j'ai pris un poste plutôt administratif à l'école de Santé, et pour « garder la main » j'ai travaillé en gardes dans les services d'urgence.

- Initialement, mon but en étant urgentiste était une meilleure prise en charge des patients dans le contexte d'activité du service public. En fin de parcours à l'école de santé, j'ai remis le pied dans les services d'urgence en passant de médecin d'unité (soutien des forces) à médecine hospitalière.
- Projection dans l'avenir aux urgences : en tant que chef de service, l'activité d'organisation et développement de la qualité du service (revue morbidité, fiches d'événements indésirables, écoute des équipes). Mais aujourd'hui, à 55 ans, l'activité d'urgentiste en elle-même me semble compliquée par rapport à son mode d'exercice, notamment récupérations de garde qui sont difficilement compatibles avec mon activité de chef de service.
- Vos plus grandes satisfactions ? L'organisation optimale, la gestion de la catégorisation, le fait de rendre service aux gens, ce qui se traduit parfois par des remerciements !
- Vos plus grandes déceptions ? Les mauvaises relations avec les spécialistes, que ce soit en interne (dans le même établissement ou entre établissements) notamment pour obtenir des lits en aval. Il est déplorable en période de restructuration de voir que les médecins ne s'entendent pas entre eux pour arriver à définir le malade des urgences et comprendre qu'un bon service d'urgence serait une bonne vitrine pour eux, qui ferait entrer des malades pour leur activité. Pourtant, ils comprennent bien qu'ils peuvent nous envoyer leurs patients !

La plus grande problématique des urgences :

Je commencerais par dire que pour moi, ce n'est pas le fait que certains patients viennent « pour rien », puisqu'ils seront rapidement réorientés. En revanche, la désertion des médecins généralistes, pour des raisons politiques et économiques, amène les patients à passer d'abord par les urgences, ce qui correspond finalement à une activité de type « dispensaire ». Nous avons pour désengorger les urgences, créé un circuit court de médecine générale.

La problématique majeure est de prendre au plus tôt en charge les malades afin de les catégoriser par l'IOA : c'est l'élément qui fait la qualité du service d'urgences. Prioriser le malade grave dès l'arrivée au secrétariat.

Compétences pour être un bon urgentiste ?

La résilience ! Savoir résister aux « coups » donnée par ce flux de patients, soit énervés qui n'ont rien, soit ceux dont on n'a pas évalué la gravité : prendre du recul et prendre sur soi, savoir mettre de l'huile dans les rouages, et être convaincant auprès du spécialiste : établir un véritable réseau de soin intra-établissement.

Votre représentation de l'urgentiste « idéal » ?

La polyvalence doit le rendre interniste sur toutes les pathologies aiguës : sans connaître toute la cardiologie, ou la neurologie, il doit connaître la partie urgente de cette spécialité.

Que pensez-vous que la société attend du médecin urgentiste ?

Pour l'homme politique, qu'il débrouille tous les problèmes d'une organisation de soin délabrée.

Les individus, eux, attendent qu'on réponde à toutes leurs questions, suite à une perte du réseau de soin antérieur. Car si nous n'avions que de l'urgence vitale, comme le réanimateur, notre activité serait beaucoup plus simple !

Je précise que mes propos s'appliquent à l'activité hospitalière intra-établissement, et non à l'activité pré-hospitalière, qui selon moi ne relève pas de la même chose.

VOS REACTIONS DANS LES 5 SITUATIONS SUIVANTES :

1/ CONSULTATION POUR CONVENANCE PERSONNELLE (AUCUNE URGENGE MEDICALE) :

C'est un cas fréquent, de la part de personnes n'ayant pas de médecin généraliste référent, qui viennent pour de la « bobologie ». En cas de traumatologie, je pars du principe qu'une radio est nécessaire ; en revanche, pour de la médecine générale, il ne repart pas forcément avec une ordonnance. Dans tous les cas, je ne lui fais pas de remarque, car cela n'aurait aucun intérêt.

2/ LE PATIENT QUI S'IMPATIENTE :

L'IOA s'en occupe assez rapidement. si c'est un paranoïaque, on le réoriente. Si on peut, on s'explique avec lui en salle d'attente, sans attendre le « clash » ;. On lui explique pourquoi il attend, et on lui propose soit de continuer patienter, sinon on lui suggère d'aller à la maison médicale.

3/ LE PATIENT ABONNE AUX URGENCES :

Il m'est arrivé une seule fois d'écrire à la direction de l'hôpital pour faire remarquer qu'un patient était venu x fois aux urgences. C'est la confiance du médecin envers le malade qui est en cause. Je pourrais aussi demander au service administratif de le « pister » pour comprendre pourquoi il vient aussi souvent aux urgences, mais je ne l'ai jamais fait. Ce serait une étude de thèse intéressante !

4/ LE PATIENT DEMENT (= pas de communication verbale):

Lorsqu'il est isolé, c'est un cas dramatique. On doit comprendre son projet de vie : s'il vient d'une EHPAD, on peut avoir son dossier ; s'il arrive de chez lui, on peut le mettre en réseau d'hospitalisation gériatrique, et s'il en vient déjà, c'est parfait. Dans tous les cas, on s'en occupe comme tout autre patient agité : soit son agitation est chronique, auquel cas on ne s'inquiète pas ; sinon on cherche à savoir ce qui l'inquiète ou le fait souffrir.

5/ LE PATIENT EN SOINS PALLIATIFS :

C'est un cas courant, puisque nous travaillons avec le CLV. Les patients en soins palliatifs ont été mal identifiés, on les prend en charge au déchoquage comme les autres, on essaie d'identifier le problème ; puis de lui trouver une place. L'urgence palliative, c'est l'urgence somatique, qui justifie une mise rapide sous morphine ou hypnovel. Le seul problème c'est de ne pas comprendre de quoi il s'agit, auquel cas les anesthésistes prennent une décision en collégialité, de même que pour le patient dément.

LA RELATION AUX PATIENTS

Pensez-vous avoir assez de temps aux urgences pour faire correctement votre travail, et en être satisfait ?

Non, car le travail n'est jamais fini. Pour faire « correctement » son travail, il faudrait avoir l'information de ce que sont devenus les malades. Nous avons parfois les retours des services de gériatrie, qui contactent généralistes, urgentistes et EHPAD. Ma seule satisfaction est de faire un courrier informant la famille et le généraliste de la gestion du malade.

Avez-vous le sentiment de prendre le temps avec votre patient ? Cela influence-t-il votre relation avec lui ?

J'aime prendre le temps de recevoir les familles, pour les patients déments ou en fin de vie, pour en prendre du recul par rapport à l'ambiance d'urgence grâce à une discussion dans mon bureau. Pour les consultations simples en revanche, on réoriente le malade qui s'est trompé de réseau, tant pis s'il se fâche parce qu'on lui demande d'aller voir son généraliste à l'avenir.

Etes-vous soucieux du temps que les patients passent en salle d'attente ?

J'essaie de m'en libérer, car l'infirmière a catégorisé le patient en salle d'attente, donc je suis tranquilisé par rapport à son attente, même longue le cas échéant.

Dans quel mesure soignez-vous votre relation au patient ?

C'est une relation spontanée à laquelle je ne fais pas particulièrement attention, je les traite tous au même niveau. Par exemple, lorsqu'on teste le niveau de douleur, je n'essaie pas d'estomper sa réponse, au contraire je la prends en compte car je pars du principe que le patient ne « ment » pas.

Quel type de relation pensez-vous avoir avec vos patients ? Prestataire de service, médical strict, empathique, social, commercial... ?

Plutôt empathique, sauf si je sens que le patient est très consommateur et qu'il est venu « chercher » une radio, auquel cas j'avise si c'est nécessaire et à ce moment là je deviens prestataire.

De prime abord, faites-vous confiance à vos patients, ou vous méfiez-vous d'eux ?

Bien sûr que je leur fais confiance ! Sinon, on ne peut pas exercer ce métier. Si on part du principe que le patient exagère sa douleur, ou qu'il vient faire une radio, des HCG, un test de grossesse... on entre dans une déviance qui empêche de comprendre la présence des patients aux urgences, et de les soigner. Je préfère prendre le risque de « me faire rouler » par un patient (par exemple celui qui vient chercher un arrêt de travail le lundi matin!), car cela me permet de creuser et de trouver la véritable raison de sa présence, parfois alors même que certains collègues n'ont pas vu la problématique.

Pensez-vous que les patients se sentent pris en considération en tant que personne dans l'accueil aux urgences ?

Non, et c'est mon rôle de chef de service de recadrer la compétence technique de certains collègues excellents qui oublient d'être empathiques envers leur malade. L'urgentiste n'a pas à égaler le spécialiste, mais doit lui passer la main en restant dans l'organisation du réseau de soins à l'accueil d'un établissement : accueil, (ré)orientation et soins.

Pensez-vous que l'éthique a sa raison d'être en urgence ? Si oui, laquelle ?

Justement, l'éthique permet de prendre le recul nécessaire pour prendre en compte la population en souffrance, qui semble être renvoyée sans être prise en charge correctement. Se donner et respecter des règles en équipe, discuter de certains cas, nécessite d'avoir une éthique cf victimologie, ...

Connaissez-vous l'éthique du « care » ? Le cas échéant, pensez-vous que cette éthique a sa place aux urgences ?

J'ai l'impression que l'organisation des réseaux de soin, de circuits courts de patients et la répartition du service entre les différents domaines : UHSD, déchoquage, consultations médecine et traumatologie, nous ne faisons déjà un peu et faisons attention aux gens entre les niveaux de besoin, entre le consultant qui n'a pas de généraliste et le patient en fin de vie... Personnellement, c'est le « care » qui me motive à faire mon travail. Plus jeune, c'était sans doute plutôt le cure pour la satisfaction d'arriver à une certaine compétence technique.

L'évolution du système de soins : pensez-vous que nous accueillons correctement les patients aux urgences, de manière « générale », dans le cadre du système de soins ?

Nous avons participé à une étude en juin 2013, réalisée sur 24 heures dans 700 services d'urgences français, et qui a permis d'une part de constater que le temps d'attente moyen n'était pas si élevé, et que le « cure » en terme de soins donnés aux patients était assez bon.

On peut comparer les résultats selon deux grands critères :

- les services d'urgences des grandes villes : dans l'organisation des soins d'activité d'urgence, le pré-tri des patients pouvait être aberrant, et allait à l'encontre du bien-être du malade : par exemple, les patients géronto-psychiatriques sont laissés dans un coin.
- D'autre part, on constate deux grands systèmes de soin : privé et public (y compris le participant au service public, cf Hôpitaux militaires, Croix Rouge et Mutualité française). Le privé soigne beaucoup moins de gériatrique que le public (respectivement 4% contre 40%, pour une moyenne nationale de 15%), moins de cardiologie, moins de neurologie : l'hyperspécialisation des hôpitaux supprime la nécessité des services d'urgences, par définition polyvalents et soignant tout le monde sans distinction.

Vers quoi la relation humaine médecin/malade doit-elle évoluer ? Plus performante techniquement ? Plus humaine ?...

L'idéal étant de la rendre plus humaine, il faudrait augmenter le volume de personnel, ce qui n'est malheureusement pas la tendance actuelle. Par exemple ici, il y a 2 à 3 médecins seniors et 2 à 3 médecins internes dans le service d'accueil des urgences, ce qui permet de ne pas utiliser les lits d'hospitalisation en vain.

Vous semble-t-il plus simple de changer les urgentistes ou le système de soins ?

Les urgentistes sont globalement admirables, ils font tous leur travail avec un bon niveau de compétences. Cela se joue au plan de l'organisation du service.

Pensez-vous que les médecins urgentistes soient capables de changer leur propre représentation de leur rôle, en phase avec l'évolution actuelle de la société?

Dans la médecine d'urgence pré-hospitalière, les médecins sont plutôt dans le « cure », très versés sur la technique de soin ; dans la médecine hospitalière, on prend plus facilement le temps du « care », auprès du patient et de sa famille. Je pense qu'en fonction d'une part du caractère du médecin, et d'autre part de son âge, il s'orientera vers l'une ou l'autre de ces deux versants de notre

activité. Cependant, les médecins étant foncièrement altruistes, ils peuvent sans doute prendre conscience de certaines choses en exerçant leurs fonctions un temps à l'accueil de l'hôpital.

Enfin, pensez-vous être représentatif de la façon de penser votre métier, par rapport à la population générale des médecins urgentistes?

Pour ma part, me sentant un peu en marge, je préfère la fonction de chef de service ! Cela me permet d'influer sur la façon dont les autres peuvent gérer leur travail. Cela me permet également de ne pas m'épuiser en gardes.