

## LES URGENCES HOSPITALIÈRES SUR LA SELLETTE

Bertrand GALICHON

*La crise sanitaire actuelle manifeste la capacité du personnel de santé à y faire face mais révèle aussi les faiblesses du système hospitalier, marqué par plusieurs décennies de profonde transformation. Les urgences sont un lieu significatif, dans la mesure où elles se situent à l'interface entre la médecine de ville et l'hôpital. La tendance croissante à s'en remettre à l'hôpital et à sa technicité se fait au détriment du soin des personnes.*

Les attentats du 13 novembre 2015 avaient, en pleine nuit, mis brutalement les services de secours et les hôpitaux en tension. L'urgence demandait une réponse sans délai. Elle était circonscrite dans le temps et n'avait concerné que quelques spécialités: les secours, la chirurgie, la réanimation et, par la suite, la psychiatrie et la rééducation. Les services d'urgence s'étaient consacrés pleinement et exclusivement à leur mission première, inscrite dans leur ADN. Nous savions que cette tension serait limitée dans le temps.

À l'inverse, la crise sanitaire de la Covid-19 qui a frappé la France à partir de la mi-mars est d'une tout autre nature. Elle concerne toute la population et tout l'hôpital, sans exclusion. Elle s'inscrit dans une durée imprévisible et, pour l'instant<sup>1</sup>, sans traitement spécifique. Nos émotions médiatiquement exacerbées, l'urgence épidémique et nos moyens limités ont fait que les patients « Covid » ont submergé tout l'hôpital. Les urgences et les Samu ont fait que celui-ci s'est mis entièrement à leur écoute. Si le système hospitalier a tenu le coup, on peut se demander ce que sera la sortie de crise redoutée par tous. Les derniers

1. L'article a été terminé le 30 avril.

patients « Covid » continueront d'être redoutés mais ils seront reçus, testés, isolés et soignés. En même temps, les patients chroniques, jusque-là réduits au silence de leur confinement solitaire, vont arriver avec toutes leurs complications et leurs urgences. La situation d'après-crise nous dira la réalité de notre système de soins et la réelle place dévolue aux urgences. Sans jouer les Cassandre, cette crise n'aura pas effacé ou si peu nos résistances au changement... La crise actuelle jette une lumière crue sur ces départements hospitaliers qui pâtissent des profondes transformations menées depuis plusieurs années.

### La transformation des urgences

Les urgences sont le lieu de cristallisation de nos difficultés, le lieu où viennent se loger toutes nos impasses, le lieu où toutes nos myopies sont contraintes de se corriger. Les urgences ne sont que le reflet de la qualité de tout notre système de soins et des valeurs qui l'animent. L'essence de notre société et le sens de notre responsabilité y transparaissent. En « débarquant » aux urgences le plus souvent sans y être préparés, le patient et ses accompagnants touchent du doigt la réalité, la vraie couleur de la société dans laquelle ils évoluent. C'est le cas bien plus encore la nuit où se révèlent sans fard les vraies couleurs d'une ville et ses relents : les hommes se donnent à voir dans toutes leurs triviales vérités, bien souvent sans la pudeur attendue car masquée par les vapeurs d'alcool ou d'autres odeurs. Ainsi l'extraordinaire des premiers, les soignés, fait l'ordinaire des seconds, les soignants. Le grand danger est que ces derniers ne se mithridatisent pour éviter l'épuisement, non par le soin lui-même mais par les conditions de sa réalisation.

Des urgences comme celles de l'hôpital Lariboisière, dans le X<sup>e</sup> arrondissement de Paris, où je travaille, reçoivent chaque nuit, été comme hiver, entre dix et vingt personnes qui viennent se mettre à l'abri, se protéger de la nuit et de ses violences. Ils sont sans domicile fixe, migrants, travailleurs pauvres, connus ou inconnus des services sociaux, hommes seuls, femmes avec ou sans enfants, familles... Ce sont tous des délaissés, des invisibles qui sortent la nuit attirés par la seule porte éclairée et encore inconditionnellement ouverte.

Le médecin de famille a été remplacé par le généraliste, puis, aujourd'hui, par le « médecin traitant ». Cette terminologie souligne

bien l'évolution de l'exercice de la médecine dite de « ville ». Les déserts médicaux de premiers recours s'étendent toujours davantage. Paris n'est-il pas en passe de devenir l'un de ces premiers déserts? Ainsi, les urgences, par leur disponibilité inconditionnelle, deviennent peu ou prou les dispensaires qui nous manquent.

## Des urgences au SAU : quelle nouvelle mission ?

Pourquoi avoir transformé, il y a plusieurs années, les urgences en services d'accueil et de traitement des urgences (SAU)? Pour une raison bien simple, répondant au principe de précaution : l'absence de pathologie urgente ne peut être confirmée qu'après avoir reçu et examiné le patient. Cela justifie la posture « accueillante » des urgences, devenues SAU. En effet, nous avons tous en mémoire ces histoires de patients apparemment rassurants qui masquent une pathologie grave et urgente. Le tiers des infarctus du myocarde n'arrivent-ils pas, aujourd'hui encore, dans le service sur leurs deux pieds, aussi bien à Lariboisière que dans les hôpitaux de l'Ouest parisien? Cette stratégie de l'accueil et du nombre a facilité la reconnaissance d'une spécialité de médecine d'urgence autonome, dans la logique des autres spécialités. Les directions des hôpitaux privés ont aussi vite compris que la visibilité et la notoriété de leurs établissements passent par celles de leurs urgences.

Le service « Porte », les lits d'observation, est devenu les unités d'hospitalisation des urgences (UHU), puis les unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et enfin récemment les unités d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD). Avec les progrès techniques, le temps est comprimé. La logique de flux devient symboliquement première, le « *lean management* » pour les experts. Elle est certes utile, mais fait-elle sens? Nous glissons du soin porté au malade au traitement de la maladie, comme l'évoque Loïc Étienne dans son livre *Les sorciers du futur* (Marabout, 2020). En un peu plus de dix ans, la fréquentation des SAU a doublé pour des raisons diverses, et ce grâce à ces patients dits de « médecine générale », ou encore « tri 5 » dans notre jargon technique. Les moyens ne suivant pas, ces mêmes patients ne doivent plus aujourd'hui encombrer les SAU! Comment les « gérer », voire les éconduire? Quelle alternative proposer? Que faire des « hébergés de la nuit »? Que faire de toutes ces personnes qui n'ont aucune demande médicale et qui n'ont rien à faire aux urgences? Cer-

tains services n'ont-ils pas en leur sein un médecin, « gardien de but » ? Le mot « accueil » ne devient-il pas trop encombrant ? Nous pouvons craindre que les SAU « ne renvoient [l'accueil de] ces pauvres patients à de pauvres médecins », pour reprendre l'expression de Xavier Emmanuelli. Mais n'existent-ils pas déjà, cachés derrière l'acronyme des Pass (pour « programmes d'accès aux soins de santé ») ? Ces « passistes » reprennent le combat du soin prodigué au plus faible avec créativité, ambition, humilité, à moindres frais et, pourquoi pas, avec une éthique de la transgression... Pour ne pas perdre notre boussole de soignants, gardons à l'esprit les enseignements d'Emmanuel Levinas, de Paul Ricœur et de tant d'autres. Gardons le visage d'autrui en face de nous, à hauteur d'homme, à hauteur de cœur. Le cabossé ou le sans domicile fixe ont ce sixième sens perçant auquel aucun soignant ne peut échapper. Ils savent tout de suite, au-delà des mots et du regard, si vous voulez les soigner ou non. Avant de traiter une maladie, nous accueillons un homme, une femme et son histoire. Le soin est d'abord et avant tout une relation, une confiance, la responsabilité de l'autre.

Quelle est la mission de l'urgentiste ? La question a-t-elle été posée un jour en toute clarté ? Est-elle univoque ? Pour certains, il est inutile d'y réfléchir : les urgences se doivent d'être en permanence d'une grande technicité, d'une grande plasticité pour répondre à toute sollicitation. Elles sont embarquées dans le même bateau que l'hôpital qui connaît la même évolution. La question de leurs missions leur est posée à tous deux dans les mêmes termes et avec la même acuité. Pourtant, l'urgence ne doit pas nous dédouaner de toute réflexion. La perte de sens est la première raison de la souffrance au travail des médecins et des soignants. Ils ne peuvent pas continuer à être soumis à des injonctions contradictoires pour soigner « la ligne du bas » qui reste irrémédiablement en « rouge » et qui n'a pas de sens aux pieds du brancard.

### Chronique d'une asphyxie annoncée

Depuis de nombreuses années, nous voyons cette tension grandissante mettant les services d'urgence à l'épreuve. Les raisons en sont nombreuses et structurelles. Le vieillissement de la population, l'augmentation concomitante et parallèle des pathologies chroniques et de leurs complications sont la rançon des progrès médicaux. Nous assistons aussi à la montée angoissée des préoccupations sanitaires de nos

contemporains. La médecine serait-elle la première victime de ses propres avancées ? La baisse générale et inégale de l'offre de soin était-elle aussi prévisible sans que l'on ait encore trouvé une solution à proposer ? Espérons que les nouvelles modalités d'installation choisies par les jeunes médecins vont apporter un début de réponse, au moins en milieu urbain. Les « pratiques avancées » se mettant en place chez les infirmiers vont, elles aussi, apporter leur pierre à l'édifice des soins de santé primaire. Ne faut-il pas réhabiliter les docteurs Bovary ou Clemenceau, ces officiers de santé ?

L'avènement de la « T2A » (tarification à l'acte), soutenue par le « *new public management* », a fondamentalement fragilisé la mission et le sens de l'hôpital en les réduisant à un bilan financier, faisant du soin un bien de consommation commun. Cette gestion, inspirée du secteur privé, amplifie plus encore la rigidité administrative de la vie de l'hôpital, aggravée par une crispation réglementaire, l'application inconditionnelle du principe de précaution, le tout devant être rendu objectif par des indicateurs de gestion et autres tableaux Excel, attributs du secteur lucratif. Nous passerons sous silence un financement public toujours contraint, malgré les dernières propositions gouvernementales. Tous ces éléments d'explication ont été et sont régulièrement et largement développés. Reste un point plus discret, moins documenté, la montée de la précarité qui, à Lariboisière, nous concerne au premier chef. Cet aspect des urgences demanderait à lui seul un développement bien particulier.

## Pourquoi une aggravation si rapide ?

Nous, vieux « PH » (praticiens hospitaliers), sommes étonnés de voir la vitesse à laquelle l'hôpital et les urgences ont changé. Trois catalyseurs, entre autres, peuvent expliquer la précipitation de cette mutation structurelle : la numérisation du soin, les attendus de la formation et la fracture générationnelle.

Il fut un temps, pas si lointain, où le médecin était un fin sémologue, un clinicien capable d'entendre les non-dits, de discerner l'indicible. En effet, il se trouvait souvent dans une proximité étroite avec son malade. Il écoutait toute son histoire. Il faisait, comme Monsieur Jourdain, de la « médecine narrative » sans le savoir. Le malade posait son sac, livrant à son insu le diagnostic de sa maladie. Il était le proche

de son malade avec un contact physique certain. Mon grand-père préférait ausculter ses patients à travers un linge propre, l'oreille plaquée sur le corps du patient. Il écoutait certes mais percevait aussi toutes les vibrations intérieures. Aujourd'hui, le savoir médical et sa technique mettent une distance entre le malade et le médecin. Savoir médical et connaissance du patient et de sa maladie ne se font plus obligatoirement la courte échelle... L'image vivante du patient disparaît derrière l'écran de l'échographe. Justifiant de son manque de temps et fort de son savoir scientifique, le technicien vient remplacer ou repousser le « médecin à la papa », fort de la connaissance de son patient... Quelle ne fut pas ma stupeur quand je vis une interne de spécialité arrivant dans le service pour donner un avis, harnachée de gants, de casaque et de masque! Le patient concerné était un sans domicile fixe... À son déguisement, nous savions déjà qu'elle ne l'accepterait jamais. Malheur à qui n'a pas le profil du malade idéal! Défiance et peur de l'autre parasitent la relation interhumaine et rendent encore plus problématique la mission des urgences et donc celle de l'hôpital.

### **La numérisation : soigner sans voir**

Les patients racontent leurs histoires et les médecins comptent leurs indicateurs. Si l'objectivité du chiffre prend le pas sur la subjectivité du patient et sur celle du soignant, l'humain se trouvera relégué au second plan. La sollicitude ne peut pas être numérisée. Le regard à hauteur d'homme ne l'est pas davantage. Le temps du biologique n'est pas le temps du numérique.

La démarche intellectuelle des médecins, réduisant les malades à des acronymes, des chiffres, des scores, des catégories et des codes, les prédisposent à accepter la numérisation de toute la chaîne du soin, eux y compris. Soigner le chiffre, le score ou le code, ce n'est pas soigner l'autre, ni même l'institution.

D'une valeur biologique à la numérisation du soin, la route est ouverte. Les esprits sont « préformatés » pour ne considérer le patient qu'à partir d'un numéro d'identification du patient (NIP) et d'une litanie d'indicateurs chiffrés et d'images numérisées pouvant être interprétées par une intelligence artificielle ou un médecin situé à des milliers de kilomètres. La valeur utilitaire de ces données fait passer le patient derrière le rideau, un code diagnostique inclus dans un groupe

homogène de malades (GHM). Il n'est plus directement dans le champ de vision de nos attentions. Pourquoi en sommes-nous arrivés là ? Une suite numérisée a plus d'autorité que celle d'un récit, d'une sémiologie toujours sujette à réinterprétation, donc à caution. Le chiffre a une forte valeur utilitaire dans une négociation pour faire admettre un patient dans un service d'hospitalisation à partir des urgences. Quand, simple urgentiste, vous présentez un malade à un spécialiste, il vous répond, avant toute chose, chiffre ou imagerie. L'obtention de toutes ces informations numérisées prend du temps. Elle est très certainement la première raison d'embolisation des urgences, aggravée par les principes de précaution ou d'incertitude. Pour bien des malades, cette démarche n'est pas éthiquement justifiable. Elle est toujours vécue comme violente par les patients ou leurs accompagnants, et aussi par les soignants. L'histoire et la clinique du patient – ainsi transformées en chiffres, en scores, en catégories, en code diagnostic et en GHM – nous autorisent à injecter le patient dématérialisé dans les circuits d'information. Pour un meilleur parcours de soins sans rupture, à la recherche du graal d'un meilleur « *lean management* », nous pouvons très bien imaginer – certains l'ont-ils déjà organisé ? – de circonscrire le malade à un code-barres et à sa numérisation. Temps biologique, temps humain et temps numérisé ne sont pas situés dans la même dimension. Ils ne partagent pas la même affectivité. Avec ces outils à « haute valeur utilitaire scientifique » n'aggravons-nous pas l'épuisement des soignants dans une course aux chiffres ? Le soin a-t-il encore tout son sens quand il se voit numérisé ? La numérisation du patient ne dit rien de l'essentiel de son humanité... Cette dernière, tout comme sa dimension spirituelle, devient superfétatoire. La volonté de protocolisation de nos pratiques, scientifiquement justifiée, économiquement validée et juridiquement opposable, accompagne comme un catalyseur ce triste mouvement qui ne tiendra plus compte du caractère unique de nos biographies respectives, nous isolant dans nos individualités. Nos personnes s'en trouveront réduites à des individus. Sans cette altérité vivifiante, le soin va se trouver étouffé entre chiffres et protocoles, sans éthique de responsabilité ou de transgression.

2. Cf. Jean-Philippe Pierron, « Les métiers du soin dans la tourmente », *Études*, n° 4268, février 2020, pp. 41-51.

## Formation ou formatage ?

La sémiologie n'est plus une matière fondamentale dans la formation des médecins. Elle renvoie au folklore de la médecine de grand-papa ! Cette médecine relevait de la *connaissance* toujours partielle que l'on a du patient, lui laissant un espace de liberté et de responsabilité, à l'inverse des algorithmes ou arbres décisionnels construits par le *savoir* scientifique qui affirment exprimer sans ombres la vérité sur un malade. À chaque stage, les étudiants nous les réclament de plus en plus instamment. Ils ne sont qu'une suite d'examens complémentaires aboutissant à une décision numériquement validée. Ces outils auraient-ils plus d'autorité que le compagnonnage que nous pouvons leur apporter ? Voilà le cœur de la formation professionnelle aujourd'hui, facilement numérisable, donc facilement évaluable par quelques questionnaires à choix multiples (QCM). Une jeune externe m'a un jour fait remarquer que ces dernières demandent de *choisir* et non de *réfléchir*. Chaque matin, dans le service, nous organisons un atelier de réflexion clinique : comment construire ses hypothèses de diagnostic devant un malade avant de « balancer » la batterie d'examens complémentaires. Élément rassurant : non seulement nos étudiants se plient avec plaisir à cet exercice mais y répondent avec intelligence. Mais, une fois rendus devant les malades, les vieux démons reprennent leurs droits...

Peu de place dans les études est laissée aux soins palliatifs, aux dimensions sociales du soin, sans parler de la place de la spiritualité. Qui s'intéresse aussi à l'histoire de la médecine ? Tout cela n'a pas de valeur opérationnelle immédiate. Le malade est défini par sa maladie et non par son humanité...

Les urgences se technicisent à l'heure où la notion d'humanité se fait toujours plus pressante. Je considère la création du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine d'urgence comme une fausse bonne idée (il s'agit de médecine d'urgence et non de médecine d'accueil et d'urgence). Qui forme les futurs urgentistes ? Sont-ils passés en « ville » ? Connaissent-ils la médecine de ville ? Durant son internat, l'apprenti urgentiste ne fera aucun stage chez le « prat » (praticien), le médecin de famille. Au mieux, il aura vu la ville à travers les vitres du camion du Samu. Sera-t-il encore en mesure de jouer son rôle de passeur entre ville et hôpital sans connaître les réalités de la vie du généraliste (baptisé « MG » dans notre jargon, pour « médecin



généraliste »)? La dérive vers l'hospitalo-centrisme ne va-t-elle pas s'en trouver aggravée avec l'avènement de cette spécialité? En effet, la « médecine d'urgence » va rejoindre le concert des spécialités et donc le giron de l'hôpital. Les urgences resteront-elles encore ce seuil, cet entre-deux ouvert sur le monde, sur sa diversité et sur l'inattendu des situations, garant de l'hospitalité de l'hôpital? Le service « Porte » n'est-il pas l'unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD)?

Jusque-là, les internes s'inscrivaient facilement au diplôme d'enseignement spécialisé complémentaire (DESC) de médecine d'urgence. Ils souhaitaient bénéficier d'une formation complémentaire sans pour autant être estampillés spécialistes. Ils pouvaient obtenir un poste pour ne pas quitter trop vite l'hôpital, en attendant de faire un choix professionnel définitif. Cette souplesse, qui permettait des reconversions dans un sens comme dans l'autre, était fortement attractive. Aujourd'hui, il leur est proposé un diplôme d'enseignement spécialisé (DES) tout court, une spécialité comme une autre, avec un parcours de formation strictement hospitalier. Sans ce précieux droit au remords offert par le DESC, ils ne pourront pas sortir de cette spécialité. En un mot, était-il nécessaire de formaliser cette spécialité de « médecine d'urgence » alors qu'elle a vocation à être à la croisée de toutes les autres?

## Quand le spirituel nous rappelle à l'essentiel

Nous connaissons tous bien Madame Z. Cette vieille dame toujours très digne est accompagnée régulièrement dans le service pour des pneumopathies d'inhalation qui l'épuisent. Elle garde comme séquelle d'un accident vasculaire des troubles de la déglutition. Cette fin de vendredi après-midi, nous sommes très inquiets. Elle est très fatiguée, amaigrie avec une grosse difficulté à respirer. Nous allons devoir prendre des décisions graves. Jusqu'où aller? Ses enfants médecins ne veulent pas entendre parler de soins palliatifs. Ils téléphonent à leurs relations travaillant en réanimation, nous intimant l'ordre d'en faire autant. Le ton monte. Il est urgent de marquer une pause: il nous faut prendre les transmissions des autres patients. Une heure plus tard, les positions restent toujours aussi tranchées... Et, sans y réfléchir, nous nous entendons faire cette proposition: « Si vous devez appeler le rabbin, c'est maintenant! » Silence dense et sidéré. Ces

enfants ont compris que, malgré l'entropie des urgences, ils pouvaient rendre hommage à leur mère. Le rabbin est arrivé plus vite que les réanimateurs... Installée dans une chambre à l'écart, cette famille a pu réciter le *kaddish*. Madame Z nous a quittés sereinement, entourée de ses enfants, rassurés d'avoir accompli leur devoir.

## La confiance pour retrouver le sens du soin

L'hôpital est à l'image de la société qu'il soigne. Il est habité par de belles personnes, comme par de moins rayonnantes. Mais de plus en plus d'entre elles, les premières comme les secondes, ne savent plus pourquoi elles sont là. Leur sens de l'engagement a été trop sollicité. Il a trop longtemps servi de valeur d'ajustement. Les gestionnaires et les gouvernances ont trop tiré sur la ficelle. La boussole de l'hôpital est en passe de perdre le nord de ses propres valeurs. Oui, l'hôpital traverse une crise profonde. Comment peut-il redéfinir sa mission avec une âme blessée, quand certains de ses salariés sont « SDF » ? Ne faut-il pas y voir un signe violent de perte de sens ?

Pour se soigner, l'hôpital, comme les urgences, doit sortir du climat de défiance dans lequel nous travaillons à l'heure actuelle. Forts de la doctrine du « *new public management* », ne voyant pas plus loin que la ligne du bas, surinvestissant « l'intérim rustine » pour éviter l'embauche de personnels, les gestionnaires laissent s'échapper l'âme de l'hôpital. Bardé de « cautères mercenaires » et d'emplâtres administratifs, l'hôpital public ne respire plus. Il se dénutrit et se creuse d'escarres. Le budget formation est devenu une valeur d'ajustement, interdisant tout espoir de progression. C'est cela que le long cortège du 14 novembre 2019 a gravement et prioritairement dénoncé. Comment les soignants peuvent-ils faire preuve d'empathie dans un climat institutionnel de défiance ? Ce n'est pas un mode de gestion ! Nous devons faire confiance à toutes ces pépites d'humanité toujours présentes, contre toute logique de rentabilité économique. Faisons confiance aux acteurs, à cette vocation qui vient les animer, leur donner une âme ! Ceux qui sont encore des « êtres animés » ont pour vocation et pour mission de prendre soin des malades, au-delà du simple traitement.

Quelques expériences vécues récemment sont des signes d'espoir. La crise sanitaire a suscité de nombreux volontaires dans le champ de la santé. Elle a mis le projecteur sur des fonctions moins « qualifiées »,

mais pas moins nécessaires, comme les personnels d'accompagnement. Pour s'inscrire dans un cycle vertueux, l'hôpital devra avant tout travailler au rassemblement des médecins et des paramédicaux autour des malades qui viennent se confier. Tous les « soignants » partagent une même vocation. Souhaitons que la fraternité qui, en temps de crise, impose à tous ses injonctions, soit toujours à l'œuvre.

La crise a aussi attiré l'attention sur la situation des plus démunis. Alors qu'une part importante du *turn-over* des infirmiers et aides-soignants des services d'urgence s'explique par les difficultés récurrentes dans la prise en charge de la précarité, deux jeunes sont venus nous inviter à être leur partenaire pour la réussite du projet Maquéro porté par l'association « Aux captifs la libération »<sup>3</sup>. Le raisonnement est simple. À un moment ou à un autre, les grands précaires des parvis des gares du Nord et l'Est, dont ils ont la charge, vont passer aux urgences. En quelques semaines de collaboration sans convention, non protocolisée, le regard porté par les urgences sur ces personnes va changer. La « piche » d'hier a fini par recevoir un prénom, puis un nom et une histoire. Pierre, Paul, Jacques ou Jean ont fini par quitter leur brancard pour être véritablement pris en charge, admis dans notre unité d'hospitalisation et, pour certains, en service classique. La violence de la rue les ramène régulièrement aux urgences. Ils sont désormais reconnus à hauteur d'humain. Ces cabossés porteurs d'une histoire ont retrouvé leur humanité, et les soignants du service le sens de leur engagement. Depuis, le service réfléchit, avec le tissu associatif proche, à la manière d'aller plus loin dans la réponse à apporter à ces laissés-pour-compte.

Bertrand GALICHON



Retrouvez le dossier « Bioéthique et questions médicales »  
sur [www.revue-etudes.com](http://www.revue-etudes.com)

3. [www.captifs.fr/projet-maquero-lancement-de-maraudes-psy/](http://www.captifs.fr/projet-maquero-lancement-de-maraudes-psy/)