



Apparentes impasses et astucieuses issues de l'urgence

Jérôme Thomas

► To cite this version:

Jérôme Thomas. Apparentes impasses et astucieuses issues de l'urgence. S'inscrire dans la modernité ? L'insu des nouvelles gouvernances et les issues du désir, Jan 2014, Rennes, France. hal-01139599

HAL Id: hal-01139599

<https://hal.science/hal-01139599>

Submitted on 8 Apr 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Apparentes impasses et astucieuses issues de l'urgence

Jérôme Thomas¹²

Paradoxes du tri

Il est courant que les services d'urgence soient considérés par les praticiens qui y exercent ou par les chercheurs qui s'y intéressent comme un lieu de passage, caractérisé par des flux d'entrée et de sortie, dans lequel domine une activité essentielle de tri des patients¹³.

Même si cette perception est loin d'englober la complexité de la réalité des urgences, elle est néanmoins incontestable. Aux urgences, il s'agit pour les soignants d'agir vite pour, d'une part, répondre aux détresses vitales de certains patients et, d'autre part, lutter contre l'engorgement chronique des services d'urgence. Les praticiens doivent « s'armer » – l'expression est à peine trop forte¹⁴ – de techniques de tri des patients, d'abord pour prioriser leur prise en charge – tel sujet avant tel autre, en associant des délais d'attente pour chacun – puis pour déterminer l'orientation la plus efficace – sortie de l'hôpital, hospitalisation aux urgences, mutation vers un autre service de l'hôpital, etc. Suivant les critères choisis, on estime que seulement 2 à 10% des demandes faites aux services d'urgence relèvent de véritables détresses vitales nécessitant une intervention imminente (Danet, 2007)¹⁵. Le « reste » des demandes est porté par un ensemble de sujets aux motifs variés, lesquels témoignent, sinon du malaise dans la civilisation, du moins des difficultés de l'existence où s'entremêlent problèmes somatiques, psychiques et sociaux souvent inextricables.

Les services d'urgence se présentent ainsi comme un espace de confrontation entre, d'un côté, des règles de tri, d'homogénéisation et de rationalisation de l'action, propres à l'institution médicale et, de l'autre côté, des demandes de patients inclassables car fondées sur un sentiment d'urgence subjective et exprimées dans une langue étrangère à la langue médicale.

Comment l'institution hospitalière est-elle en mesure de traiter cette contradiction ? Comment l'hôpital peut-il prendre en compte le fait que certains patients persistent à s'adresser à lui à travers ses services d'urgence, alors même que les orientations contemporaines qu'il emprunte – hyperspécialisation de l'activité médicale, orientation vers une médecine plus scientifique (Evidence-Based Medicine) et moins relationnelle, rationalisation et optimisation des coûts – l'amène à rejeter ces patients « non homogènes¹⁶ » qui « grippent » cette machine de plus en plus « performante et efficiente¹⁷ » ?

L'opiniâtreté des patients à recourir aux urgences hors de tout contexte d'urgence vitale témoigne de

¹² Jérôme Thomas est Maître de conférences à l'université de Reims.

¹³ Valette P., *Éthique de l'urgence, urgence de l'éthique*, Paris, P.U.F., 2013.

¹⁴ Le vocabulaire des urgences est en effet imprégné du champ sémantique militaire. On dit par exemple que les patients sont vus « en première ligne » par les médecins urgentistes généralistes, avant que ne soit éventuellement sollicitée, en « deuxième ligne », l'intervention d'un spécialiste (psychiatre, par exemple). Ce vocabulaire du champ de bataille n'est sans doute pas sans lien avec les origines militaires de la médecine d'urgence.

¹⁵ Danet F., « Fumer n'est pas jouer. Chronique d'une zone fumeur dans un service d'urgence ». Dans *Travailler*. Février 2007, n°18. Martin Media. Pages 137-158

¹⁶ L'administration hospitalière, pour calculer ses coûts, a créé des catégories appelées « groupes homogènes de malade » (G.H.M.) pour identifier le nombre de patients relevant de telle ou telle catégorie diagnostique, correspondant à son tour à des types d'actes médicaux ou de prise en charge et donc à des types de coûts. Pour l'administration, le patient n'est jamais un sujet singulier, mais toujours déjà pris dans un G.H.M....

¹⁷ La performance et l'efficacité se mesurent au rapport entre les dépenses engagées qui doivent être stables ou en baisse à un niveau de qualité constant ou meilleur. C'est la rentabilité appliquée au service public. Le problème réside dans la définition du service médical rendu qui s'appuie sur des critères certes multiples mais qui incluent peu la parole du patient.

la fonction éminemment politique des urgences au sens où ces services sont des espaces d'accueil de demandes qui ne peuvent plus être reçues ailleurs dans les autres structures médico-sociales de l'espace public. Ouvertes jour et nuit, les urgences accueillent tout sujet qui fait part d'une souffrance, pourvu qu'elle puisse être présentée au moyen d'une plainte somatique ou psychique¹⁸. Au fond, ces patients « désarment » l'institution et les soignants qui, parfois, font preuve d'une réelle inventivité clinique – permettant une issue aux demandes des patients – mais qui, souvent, se retrouvent sans ressource, dans l'impasse, avec des effets multiples : stigmatisation des patients, montée de l'agressivité, etc. Notons à ce propos combien ce « reste » de la médecine – et même parfois du contrat social – qui se retrouve aux urgences fait l'objet, de la part des soignants qui ne parviennent plus à identifier le sens de leur activité professionnelle, d'un discours connoté dans le champ sémantique, du déchet. Dans les moments d'engorgement, le service est appelé « la cour des miracles »¹⁹, ou encore « la gare d'attente ». Il s'agit alors de se débarrasser des patients qui encombrant le service. Il faut les « orienter », les « muter ». Il convient de « ventiler » le service, de « tirer la chasse ». Lors de ce moment clé de la journée appelé « la criée », les urgentistes « vendent » leurs patients aux responsables des autres services de l'hôpital...

Ces termes, qui peuvent paraître choquants, font partie d'une sorte d'argot médical de l'urgence mais témoignent aussi sans doute de l'angoisse des praticiens face à des demandes de patients qui, dans leur bizarrerie et leur extrême diversité, viennent interroger sans cesse les catégories diagnostiques instituées par la médecine scientifique et donc l'identité médicale contemporaine.

On ne peut pas reprocher à l'institution hospitalière ni à la médecine de proposer des catégories qui fondent des diagnostics et des pratiques de tri des patients. La médecine, et en particulier la médecine d'urgence, se sont édifiées sur ces procédés de raisonnement *par exclusion et élimination*. Si on sait que *l'acte de classer* est universel, en revanche, chaque *système de classement* est arbitraire, culturel, spécifique à une société donnée – et donc à ce titre questionnable²⁰. Notre société a fait le choix de fonder son système de classement des êtres et des objets sur la statistique, la vérité scientifique et la technologie informatique. Petit à petit, nous naturalisons le fait que les comportements humains peuvent s'écrire statistiquement et ainsi se prévoir. Fort heureusement les urgences, marquées de manière fondamentale par l'imprévisibilité, résistent à être encapsulées dans cette dynamique.

Apparentes impasses

Fragment clinique. Madame J. fait partie de ces patientes qui mettent la médecine contemporaine en impasse. Lourdemment handicapée du fait d'une maladie congénitale orpheline et présentant des troubles du comportement, voilà sept mois qu'elle séjourne aux urgences ! À travers un discours à tonalité persécutive, elle indique être seule, fâchée avec son entourage comme avec son assistante

¹⁸ En cela, le symptôme présenté aux urgences est toujours, en partie, un message adressé à l'institution, garante du lien social, mais aussi à un sujet supposé savoir, le médecin qui doit répondre à l'attente de signification contenue dans tout recours aux urgences. Le médecin des urgences accueille donc toujours un symptôme en tant qu'il peut se référer à un corpus étiologique, mais aussi en tant qu'il est une expérience subjective du patient qui indique les voies par lesquelles il est possible de l'accueillir. La psychanalyse connaît bien cela (Chatenay G., *Symptôme nous tient. Psychanalyse, science, politique*. Editions Cécile Defaut, 2011. Coll. Psyché), la médecine l'ignore parfois, bien qu'elle y soit, en particulier aux urgences, en permanence confrontée.

¹⁹ Cette expression suggère la présence de « faux patients », de simulateurs. Notons que la psychiatrie est parfois sollicitée par la police dans les services d'urgence pour savoir si tel patient simule l'angoisse ou la folie afin de poursuivre ou non une garde à vue. La plupart du temps, les psychiatres contestent ce rôle qu'on leur attribue puisqu'ils estiment travailler sur la vérité du sujet et pas sur la vérité des faits. Les urgences sont souvent l'occasion de ces sortes de brouillages de l'identité professionnelle où chaque soignant ne sait plus vraiment quel métier il exerce et s'il est toujours référent à la médecine.

²⁰ Hermès. 2013, n°66, *Classer, penser, contrôler*. CNRS Editions.

sociale. Depuis qu'elle est arrivée, il est impossible de lui trouver un lieu d'accueil adapté. Les services de psychiatrie refusent de l'accueillir au motif qu'elle ne présente ni état de crise, ni pathologie psychique assez caractérisée. D'après les médecins, ni une famille d'accueil, ni une assistante à domicile ne seraient recommandables pour Madame J., laquelle a besoin de soins somatiques importants. Les services de médecine de l'hôpital se refusent à l'accueillir car aucun ne pourrait l'héberger au long cours, ni traiter spécifiquement son cas, puisqu'il est poly-pathologique et que les services sont aujourd'hui organisés en spécialités. Aux urgences, la patiente commence à être détestée, elle est communément appelée « le boulet ». Cette *présence inassimilable, pure singularité non référable à un patient-type*, met en impasse le service d'urgence dans sa fonction de tri et d'orientation, tout en lui renvoyant qu'il est le seul lieu de l'espace public où cette patiente puisse être accueillie.

Grâce à Madame J., il est intéressant de constater que les logiques spécifiques aux services hospitaliers classiques – où les entrées de patients sont dites « programmées » –, se retrouvent questionnées en permanence aux urgences. Les patients des urgences résistent aux mécanismes d'anticipation et de rationalisation des demandes instituées par l'hôpital contemporain. Mais quelles sont ces logiques ?

Elles sont au nombre de trois.

La première est scientifique, voire scientiste. Elle tient au fait que la médecine, en se perfectionnant et en s'appuyant de plus en plus sur la recherche biomédicale et statisticienne, oublie sa dimension clinique, relationnelle. Aujourd'hui, la médecine est organisée de telle sorte qu'elle se refuse de plus en plus à se laisser imprégner par le récit du malade en préférant identifier directement, à partir de ses propres catégories, le dysfonctionnement d'un segment de corps pour qui il existera sûrement un spécialiste. Peu de services de l'hôpital, à part les urgences, la psychiatrie ou la médecine interne, envisagent aujourd'hui un sujet global.

*La deuxième logique ressort de la sociologie professionnelle du monde médical*²¹. Disons que l'orientation scientifique de la médecine trouve un terreau favorable dans une sociologie médicale où les postes privilégiés dès la fac de médecine sont ceux des spécialistes au détriment des médecins s'intéressant à la globalité du sujet.

La troisième logique est d'ordre gestionnaire. Elle renvoie à un mouvement se généralisant dans les services publics et consiste à tarifier au plus juste l'activité et à évaluer les pratiques. À l'hôpital, la base de la tarification est « l'acte » pratiqué. Ainsi aux urgences le D.M.U. (Dossier Médical d'Urgence) sert à rendre compte, en temps réel, du suivi du patient. Dans les situations d'engorgement, et puisqu'il doit nécessairement être renseigné, il se substitue parfois à la trame clinique personnelle des praticiens. Au lieu d'être le recueil des informations issues d'une rencontre clinique, le D.M.U. s'institue comme grille clinique dont s'arment les soignants, pour rencontrer les patients ! La logique est inversée puisqu'il ne s'agit plus de transcrire dans une structure symbolique le réel d'une rencontre, mais bien de réduire par anticipation ce réel grâce à un regard et une écoute préorientée par des besoins gestionnaires et au moyen d'un dispositif technique !

Ce basculement est toujours susceptible de se produire aux urgences où le manque de temps pousse les soignants à se rassurer par une médiation technique plutôt que de se risquer véritablement à l'incertitude de la rencontre clinique, idéalement laissée à la main du patient. Fort heureusement, les patients des urgences formulent parfois des demandes tellement complexes et sidérantes qu'elles rendent inopérantes ces grilles gestionnaires pour assister la rencontre et la démarche clinique.

²¹ Danet F., *La quête de professionnalisation dans la médecine d'urgence*. Thèse de doctorat : Paris 7, 2006.

Les impasses des urgences et plus généralement de la médecine contemporaine se situent bien ici, dans la fétichisation de protocoles qui menacent la rencontre clinique. Quand on est urgentiste, somaticien ou psychiatre, il est certes nécessaire d'accepter que le symptôme que présente le patient appartient potentiellement à un corpus diagnostic établi scientifiquement ou à un type d'acte praticable et utile à la gestion des coûts de santé. Mais ce symptôme appartient avant tout au patient, en étant inscrit dans son corps et en étant partie prenante de sa subjectivité.

Face à tous ces constats, faut-il rejeter en bloc l'institution ? Certainement pas. Au moins pour deux raisons.

La première est qu'il faut bien inventer des solutions qui permettent la maîtrise des coûts de santé : c'est en quelque sorte un réel – budgétaire, économique – avec lequel il faut composer. Le choix actuel de la statistique et du scientisme semble, on l'a vu, excessif. Mais tout dispositif de « maîtrise » implique une sorte de limitation de la clinique. L'essentiel est que la nécessaire anticipation des coûts et des demandes, propre à toute institution, ne se mue pas en une prévisibilité fétichisée dans la statistique.

La seconde raison est qu'une institution ne s'apparente pas à un cabinet de médecin généraliste et encore moins à un cabinet de psychanalyste. La clinique qui y est menée est donc toujours une clinique déjà contrainte. Et c'est d'ailleurs dans la conjugaison entre ces contraintes propres à l'institution et la demande irréductible des patients que se jouent les issues cliniques favorables et astucieuses qui peuvent se développer aux urgences. Car, assurant la fonction du manque, ce sont finalement ces contraintes – pourvu qu'elles ne soient ni idéologiques, ni autoritaires, – qui peuvent servir de points de repère et de garantie du lien social pour les patients.

Astucieuses issues

Fragment clinique. Le cas de Monsieur A. est assez emblématique des types de traitement non normés et astucieux qui peuvent être proposés aux urgences. Ce patient a été amené depuis la gare aux urgences en état d'ébriété. Très agité, il a été contenu toute la nuit, le temps de dégriser. Il est détaché le matin sur ordre de la psychiatre qui le rencontre. Il indique être très angoissé et avoir des idées de mort de temps à autre. Il décrit un parcours de vie très chaotique. Gitan espagnol, il vit dans la ville de P., hébergé de temps en temps par des connaissances qui le mettent à la porte régulièrement – les gitans espagnols et catalans ne s'entendent guère. C'est un homme errant, ce que laissait présager le sac poubelle plein d'affaires qu'il transporte en forme de baluchon. Il était dans la ville de L. pour se rendre sur la tombe de sa mère, ce qui l'a projeté dans un profond désespoir et a amené son alcoolisation massive, comportement qu'il affirme être rare. Il dit être « un simple d'esprit » et un « adulte handicapé », reprenant visiblement sans les questionner les termes de l'Autre qui l'assignent. Il fait une demande à la psychiatre urgentiste : il souhaite qu'on lui « trouve une maison ». La psychiatre lui indique ne pas être assistante sociale et ne pas pouvoir répondre à cette demande. Mais elle pourrait lui proposer une hospitalisation libre en psychiatrie, pour à la fois apaiser les idées de mort et avoir un toit temporaire, sorte de compromis astucieux. Il ne veut pas car, dit-il, « [il] n'[est] pas fou ! ». S'apercevant visiblement qu'il tient à son errance, la psychiatre l'invite alors à partir du service d'urgence. Ce qu'il accepte. La psychiatre le rejoindra sur le seuil des urgences et lui remettra un morceau de papier : « c'est l'adresse de l'hôpital psychiatrique qui pourrait vous accueillir, sinon, vous pouvez venir repasser du temps ici ». Monsieur A. range soigneusement le papier et s'en va.

Loin des représentations imaginaires de l'urgence, on est pourtant ici au cœur d'une clinique qui s'y

rencontre quotidiennement. La demande de Monsieur A. est forte, mettant hors-jeu les réponses médicales classiques que peut produire l'hôpital. L'urgence comme lieu frontière – ni dans l'hôpital, ni dans la ville –, se présente pour ce sujet comme une institution idéalement flottante avec laquelle la psychiatre accepte de manoeuvrer. Le cas de Monsieur A. indique que la prise en charge se fait à l'aune de l'usage que le patient fait de l'institution, acceptant d'y séjourner un peu, demandant un impossible, mais suggérant un désir indicible : celui d'errer en gardant un point de repère. Ce que la psychiatre matérialise à travers le morceau de papier où s'inscrivent des lieux possibles mais non obligés pour Monsieur A.

Comment retracer la complexité de la demande de Monsieur A. dans les cases du D.M.U. ? C'est mission impossible, à moins de passer à côté du cas, d'abriter le sujet. Sauf qu'il existe une case de texte libre dans le D.M.U. échappant aux calculs statistiques, et que remplissent certains médecins cherchant tactiquement à subvertir la rigidité du système informatique. Beaucoup de patients sont des chroniques de l'urgence, y reviennent de façon répétée. Leurs parcours peuvent s'inscrire dans la mémoire du service via cette case de texte libre du D.M.U.

C'est ainsi qu'on a repéré que Madame G., S.D.F. toxicomane, savait revenir au service d'urgence de temps à autre pour demander de l'aide en présentant toujours une blessure somatique. C'est sa manière de demander quelque chose – qu'elle ne connaît pas elle-même – au service d'urgence et à ses soignants. Elle a fait du service d'urgence un lieu de soin pour elle juste convenable, abri temporaire mais pas enfermant, assez anonyme et où on peut la reconnaître.

Jeune psychotique au bord de la crise, Hector vient de lui-même au service d'urgence après avoir bu un peu de produit ménager, ce qui lui provoque des brûlures d'estomac. On lui demande d'attendre cinq heures, ce qui ne lui convient pas car il a un match de foot à suivre chez lui, devant sa télé. Il s'inscrit, rentre voir le match et revient aux urgences après le délai de cinq heures. Il sera alors pris en charge par un urgentiste somaticien puis une psychiatre. Malgré des signes de décompensation, il ne sera pas hospitalisé, la psychiatre urgentiste interprétant ces allers-retours aux urgences comme des signes de transfert auprès des soignants et de l'institution. Pari tenu puisqu'on apprendra qu'Hector verra dès le lendemain sa psychiatre de secteur en C.M.P., grâce à un rendez-vous « en urgence », facilitée par la psychiatre urgentiste.

Monsieur A., Madame G., ou Hector questionnent fermement par leurs demandes les catégories de la médecine scientifique et incitent résolument l'institution et ses praticiens à inventer des formes de clinique qui prennent en compte des types d'usage de l'urgence et la malléabilité fondamentale de tels services traversés à la fois par le chaos et par des repères stables – au premier chef desquels la continuité de l'accueil. C'est dans cet entre-deux propre aux urgences que peut s'inventer une clinique qui tente de conjuguer l'irréductibilité de certains désirs, lisibles dans des demandes de soin, et des possibilités d'existence dans le lien social via des réponses psycho-socio-médicales bricolées. C'est ce que je nomme la *flottance* de l'urgence²² que je tire de la notion de *signifiant flottant* de Claude Lévi-Strauss²³, lecteur de Marcel Mauss.

L'enjeu pour les praticiens serait alors de faire de l'urgence un signifiant ou une institution flottante. Plutôt que de répondre immédiatement à la pression institutionnelle qui exige que le patient formule son symptôme dans des catégories toutes faites, le praticien n'a-t-il pas plutôt intérêt à user de l'intense polysémie de l'urgence pour que le sujet le charge d'une signification propre ? La simple

²² Thomas J., *Dire(s) d'urgence. La psychiatrie d'urgence comme structure de médiation. Statut de la parole et de la communication à l'hôpital*. Thèse de doctorat : Université Lyon 2, 2010.

²³ Lévi-Strauss C., « Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss ». Dans MAUSS, Marcel. *Sociologie et anthropologie* [1950]. PUF, 1999. Coll. Quadrige. IX-LII.

question : « Qu'est-ce qui vous amène aux urgences ? », ouverte à la surprise de la réponse qui fait sans doute le cœur de l'éthique de la clinique, est le premier pas dans la mise en œuvre de la flottance. Dans ce cas, une vérité subjective du symptôme, articulée à une référence collective, a la possibilité d'émerger du côté du patient qui trouve une véritable adresse. Le mot urgence a une valeur sociale forte car il est mis au fronton de l'hôpital, en gros et en rouge : il est institutionnalisé. Mais pour chaque patient il s'agit de faire émerger une vérité subjective : c'est presque socialiser son symptôme, donner une place sociale au symptôme.

Résistances

Il est remarquable que les urgences fassent l'objet de jugements toujours contradictoires, oscillants entre « figure de proue » et « lieu-poubelle » de l'hôpital... De fait, elles sont un lieu formidable de questionnement des nouvelles gouvernances dans le champ de la santé publique : elles cristallisent les plus grands désirs et les pires déceptions sur ce que devrait être la santé publique.

Face à ceux qui pensent qu'il existe des recettes applicables dans le champ de la prise en charge médicale et de la clinique, l'urgence y répond par ses patients aux demandes radicalement imprévisibles. Contrairement à d'autres services de l'hôpital où les entrées sont « programmées », ce sont les patients qui imposent aux services d'urgence leur visage, le rythme de leur marche, le sens de leur existence et de leur vocation au seuil de l'hôpital et au sein de l'espace public. Les urgences font partie de ces lieux essentiels de l'espace public, comme le tribunal ou le commissariat, où s'interroge, se rompt, se négocie et se renoue en permanence le contrat social – c'est-à-dire les modalités de conjugaison des dimensions psychique et collective de l'existence. Un lieu où, en même temps, se manifeste et se traite le malaise dans la civilisation.