



**HAL**  
open science

## Qu'est-ce qu'une urgence ? Quelques réflexions sur les définitions biomédicales de l'urgence médicale

Armelle Jacquemot

### ► To cite this version:

Armelle Jacquemot. Qu'est-ce qu'une urgence ? Quelques réflexions sur les définitions biomédicales de l'urgence médicale. Barnabé Jean; Bonniol Jean-Luc Confiant Raphaël; L'Etang Gerry. AU VISITEUR LUMINEUX - Des îles créoles aux sociétés plurielles. Mélanges offerts à Jean Benoist, Ibis Rouge Editions, pp.575-586, 2000. hal-02988754

**HAL Id: hal-02988754**

**<https://hal.science/hal-02988754>**

Submitted on 13 Nov 2020

**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.

[575]

**Douzième partie.**  
**BIOLOGIE, SANTÉ, MÉDECINE**

“Qu’est-ce qu’une urgence ?  
Quelques réflexions sur  
les définitions biomédicales  
de l’urgence médicale.”

**Par Armelle JACQUEMOT**

Le peuple est ignorant, il ne sait pas ce qui est urgent.  
(entendu de la bouche de nombreux médecins brésiliens)

[Retour à la table des matières](#)

En 1998, j’ai réalisé un travail de terrain à Marflia (État de São Paulo) qui m’a conduit pendant presque un an à fréquenter divers lieux du réseau d’aide médicale urgente de cette ville moyenne brésilienne : d’abord les services d’urgence (*prontos-socorros*) de deux hôpitaux, l’un public, l’*Hospital das Clínicas* et l’autre philanthropique, la *Santa Casa* ; et ensuite les deux centrales d’appel d’urgence de la ville, celle qui dépend de la mairie, le 192, et celle des pompiers, le 193 (du nom de leur numéro d’appel gratuit).

Ce travail de terrain voyait l’aboutissement concret d’une curiosité pour la question de l’urgence médicale née quelques années auparavant d’observations faites bien loin des *prontos-socorros* et des ambulances auxquels elle allait me conduire, c’est-à-dire dans les lieux de culte de l’umbanda. Je travaillais alors sur les représentations et les pratiques liées à la maladie et à son traitement dans ce culte de posses-

sion brésilien à forte dimension thérapeutique <sup>498</sup>, et les divers cas diagnostiqués comme des « urgences spirituelles » par les pères de saint et les médiums <sup>499</sup> avaient suscité mon intérêt pour la notion d'« urgence » et son contenu. Mais cet intérêt allait rester en suspens et les interrogations vaguement formulées auxquelles il donna lieu ne devaient véritablement prendre forme qu'à l'issue de ma rencontre avec un médecin du SAMU (Service d'Assistance Médicale Urgente) de Paris.

Lors de nos conversations, ce spécialiste de l'urgence biomédicale souleva le problème rencontré par les SAMU et les services d'urgence des hôpitaux français qui sont confrontés à des demandes qui les éloignent de leur fonction première et déclarée, à savoir apporter une réponse adéquate à des [576] états de santé qui exigent une intervention médicale urgente. Selon les observations de ce médecin, la grande majorité des patients qui se présentent dans les services d'urgence comme la grande majorité des appels reçus par les SAMU - Centre 15 « ne sont pas des urgences », commentaire que je devais retrouver par la suite, en France comme au Brésil, dans la bouche de tous les professionnels de santé qui travaillent dans le secteur de l'urgence médicale. C'est la récurrence de cette remarque qui allait emporter mon intérêt pour la question de l'urgence ou, plus précisément, pour la notion d'« urgence ».

En effet, qu'est-ce qu'une « urgence » dans le domaine de la santé ? Car, de fait, si une part importante des personnes qui se rendent dans les services d'urgence ou qui appellent les centrales d'urgence médicale estiment que leur problème (ou celui d'un autre) est urgent alors que lesdits spécialistes de l'urgence pensent le contraire, c'est certainement que les uns et les autres ont de l'urgence une conception et une perception bien différentes. De la même façon, si les thérapeutes de l'*umbanda* diagnostiquent certains états et comportements qui affectent gravement les personnes (et leur entourage) comme des « urgences spirituelles », là où l'on peut douter qu'ils soient suivis dans ce diagnostic par les médecins et d'une façon générale par des non-umbandistes, c'est que l'appréciation qui conduit à identifier l'urgence s'appuie sur bien des signes et des représentations possibles, en fonc-

<sup>498</sup> A. Jacquemot, 1998.

<sup>499</sup> Dans l'*umbanda*, le « père (ou mère) de saint » est le chef suprême du lieu de culte et de la communauté religieuse qu'il abrite. Cette dernière est composée, entre autres, d'initiés appelés « médiums ».

tion des contextes, en fonction des univers de référence et de significations.

D'emblée, l'« urgence » apparaissait donc comme une question de point de vue, de lecture, s'appuyant sur des représentations et des critères différents, quoique, dans la perspective anthropologique, également légitimes et d'égal intérêt. Et cela même si, en tant que spécialistes de l'urgence, les agents du système biomédical chargés de l'organisation et de la mise en œuvre des soins d'urgence estiment généralement, dans leurs écrits et propos normatifs, détenir la conception, la définition exacte de cette notion et une appréciation également exacte des situations qu'ils qualifient « d'urgence réelle ». Les définitions de l'urgence proposées dans les textes médicaux et de santé publique, comme les représentations qui sous-tendent les pratiques de l'urgence chez les professionnels qui, médecins ou non, font partie du réseau d'aide médicale urgente, renvoient à des conceptions parmi d'autres de l'urgence médicale qu'il m'intéressait d'appréhender en les comparant plus spécialement avec celles des patients qui ont recours aux services proposés par ce réseau.

Il me semblait que l'existence de représentations différentes de l'urgence médicale pouvaient en partie expliquer la distorsion entre l'offre et la demande de soins médicaux d'urgence, et par suite l'engorgement des services d'urgence des hôpitaux, comme il me semblait également que l'insatisfaction - voire en certaines circonstances, l'exaspération - manifestée des patients et des professionnels de l'urgence pouvaient être le produit d'une confrontation, ou mieux, d'un conflit de perceptions entre conceptions différentes de l'urgence médicale. C'est pourquoi mes recherches sur la perception [577] de l'urgence médicale allaient présenter dès leurs prémices une dimension appliquée qui intéressaient les professionnels de l'urgence qui encourageaient sa réalisation au Brésil <sup>500</sup>.

L'analyse des données du terrain brésilien n'étant pas terminée, je me propose ici de limiter mon propos à l'examen de la notion d'urgence telle qu'elle est définie dans des textes médicaux et de santé publique qui se proposent d'en établir le contenu de manière technique et opératoire. L'ensemble <sup>501</sup> est constitué d'écrits, d'origine brési-

---

<sup>500</sup> L'intention est de les étendre à la France, ceci à des fins comparatives.

lienne ou étrangère, qui ont en commun d'avoir été recueillis et d'être disponibles au Brésil, traduits ou non en portugais.

La langue portugaise et la biomédecine brésilienne possèdent deux termes pour qualifier diversement ce qu'en France nous désignons par un seul, « l'urgence ». Elles distinguent l'*urgência* et l'*emergência*<sup>502</sup>, et c'est donc à ces deux notions ou catégories biomédicales de l'urgence que nous allons nous intéresser ici.

Une approche de ces notions à travers des textes médicaux se justifie par le fait que les professionnels de la santé qui travaillent dans le secteur de l'urgence se réfèrent implicitement dans leur discours à l'existence de critères bien définis, dits « techniques » (*técnicos*), qui leur permettent de reconnaître ce qu'ils qualifient d'« *urgência* et *emergência* vraies », de distinguer ce qui est « urgent » de ce qui ne l'est pas, et également de différencier les « *urgências* » des « *emergências* ». On rencontre cette référence implicite à des critères « justes » (*certos*) - dits et tenus pour « objectifs » (*objetivos*) - dans des phrases qu'ils prononcent très communément comme « le peuple est ignorant, il ne sait pas ce qui est *urgente* », « le peuple trouve que tout est *urgente* », « le peuple ne sait pas faire la différence », « le peuple<sup>503</sup> confond *urgência* et *emergência* », etc.

Mon intention est d'examiner les définitions de ces deux notions dans le but d'appréhender quelles sont les caractéristiques générales présentées par des états ou des situations de santé qui, du point de vue

<sup>501</sup> qui ne prétend pas à l'exhaustivité, mais est néanmoins constitué de textes représentatifs des définitions de l'urgence généralement proposées dans la littérature médicale.

<sup>502</sup> À l'intérieur des langues latines, c'est également le cas de l'italien (« *urgenza* / *emergenza* »).

<sup>503</sup> Il importe de signaler que la dénomination générique « peuple » (*povo*), utilisée par ces médecins pour désigner l'ensemble des patients est significative de la profonde distance sociale qu'ils vivent et établissent en relation à ces derniers. De fait, les patients qui se rendent dans les *prontos-socorros* des hôpitaux publics et philanthropiques brésiliens où les soins sont gratuits, appartiennent dans leur immense majorité aux couches sociales inférieures qui disposent d'un faible revenu et n'ont pas accès pour des raisons économiques aux assurances de santé (*seguros de saúde*) privées. Ce sont eux qui constituent le « peuple », dans lequel les médecins (à l'égal de bien des Brésiliens qui appartiennent comme eux aux couches sociales beaucoup plus favorisées) ne s'incluent pas.

biomédical, sont et doivent être considérées comme des « *urgências* » ou des « *emergências* », et qui les différencient de ceux qui ne relèvent pas de ces catégories. Car ces catégories existent. Elles existent au point de justifier l'existence de services spécialisés dans les hôpitaux et également un ordre de priorité dans les soins. Alors comment la littérature médicale les définit-elle quand elle se propose de les doter d'un contenu technique et opératoire ? Et quels sont les critères pertinents qu'elle identifie pour les caractériser ?

Se référant aux définitions proposées par W. Aranha (1969) et M. Lopez (1979), Jaimilson Silva Paim, professeur du département de *medicina preventiva* de l'Université Fédérale de Bahia (UFBA) propose des définitions de l'*urgência* et de l'*emergência* représentatives de celles rencontrées, avec des formulations similaires, dans les autres textes consultés. Dans son article, [578] « Organização da atenção à saúde para a urgência / emergência » (1994 : 152- 153), il écrit <sup>504</sup> :

Une *emergência* correspond à un « processus avec risque de vie <sup>505</sup> imminent, diagnostiqué et traité dans les premières heures qui suivent sa constatation <sup>506</sup> ». Elle exige un traitement immédiat face à la nécessité de maintenir les fonctions vitales et d'éviter l'incapacité ou des complications graves <sup>507</sup>. C'est le cas de situations comme un état de choc, un arrêt cardio-respiratoire, une hémorragie, un traumatisme crânien, etc.

Une *urgência* signifie « un processus clinique ou chirurgical aigu, sans risque de vie imminent <sup>508</sup> ». Dans ce cas il existe bien un risque d'évolution vers des complications plus graves ou même fatales, cependant, il n'existe pas de risque de vie imminent. C'est le cas de situations comme

<sup>504</sup> Traduction personnelle.

<sup>505</sup> J'opte ici pour la traduction littérale de l'expression surprenante « *risco de vida* » utilisée au Brésil, là où il serait sans doute meilleur de traduire en bon français « risque pour la vie » ou encore « risque de mort ». Mais le portugais ne dit pas cela et ces expressions forcent considérablement la traduction d'une expression fondamentale dans les définitions biomédicales brésiliennes de l'*urgência* et de l'*emergência*. Pourquoi dit-on au Brésil « risque (imminent) de vie » (*risco (iminente) de vida*) et non « risque de mort (imminente) » - le danger n'étant pas « de vie » mais bien « de mort » - voilà une question intéressante dont je réserve la discussion à plus tard.

<sup>506</sup> Cf. W. Aranha, 1969.

<sup>507</sup> Cf. M. Lopez, 1979.

<sup>508</sup> Cf. W. Aranha, 1969.

les fractures, les blessures sans grandes hémorragies, la crise d'asthme, les désordres psychiatriques, etc.

À cette caractérisation, l'auteur ajoute une autre catégorie de situations ou problèmes de santé, ceux qui sont sans « risque de vie » et qu'il qualifie « de routine » (*de rotina*) :

Ces situations d'*urgência* / *emergência* correspondent en moyenne à 10, 15% des consultations d'un système de santé <sup>509</sup>. En conséquence, 85% des consultations peuvent être considérées comme de routine, c'est-à-dire, sans risque de vie. Comme un grand nombre de ces problèmes, considérés de routine, impliquent des souffrances ou de l'inquiétude chez les patients, ils donnent lieu à des situations spécifiques qui ne devraient pas attendre une consultation sur rendez-vous. C'est le cas d'un enfant qui a des vomissements ou une fièvre supérieure à 38,5°C, qui nécessite des soins, bien que ce ne soit pas un cas d'*urgência* / *emergência*. Dans ces situations ou d'autres qui sont similaires, un service appelé de *pronto-atendimento* se justifierait. Dans ce service, pourraient même être donnés des soins (...) d'*urgência* plus simples tels que les sutures, les nébulisations, etc.

Dans la typologie proposée, le critère fondamental de distinction entre *emergência*, *urgência* et ce qui n'en relève pas, est donc le « risque de vie », apprécié sur la base du péril qui menace le maintien des fonctions vitales <sup>510</sup>. L'*urgência* et l'*emergência* sont définies comme des processus qui trouvent leur origine en des points différents d'un même continuum dont les extrémités opposées sont d'un côté **la totale absence de risque de vie** - qui correspond aux cas dits de routine - et de l'autre, l'existence d'**un risque de vie maximum** - qui correspond aux cas dits d'*emergência*. Entre les deux, en un point que nous pouvons nous représenter comme intermédiaire, se trouve l'*urgência* et les cas ainsi considérés. L'urgence apparaît donc comme une question de degrés ou de niveaux.

Accompagnant cette gradation et caractérisation de l'urgence, trois sous-facteurs sont pris en considération : les facteurs « temps », « nécessité d'agir » et « gravité », les trois étant intimement liés. En

<sup>509</sup> Cf. M. Lopez, 1979.

<sup>510</sup> Les fonctions vitales sont définies dans d'autres textes comme étant les fonctions respiratoires, circulatoires et cérébrales.

d'autres termes, plus la gravité (risque de vie) est importante, plus grande est la nécessité d'une action thérapeutique et plus réduit le temps pour la réaliser : plus le temps est court, plus l'urgence est grande.

[579]

Cette caractérisation prend en compte deux grandes dimensions du temps. La première est relative à la vitesse, la rapidité (le facteur temps). La seconde suggère le moment opportun pour agir et présuppose qu'il a été choisi parmi d'autres (facteur nécessité d'agir) : dans le cas de l'*emergênci*a, le traitement doit être immédiat alors que dans le cas de l'*urgênci*a il n'y a pas nécessité à agir avec autant de rapidité. La première renvoie à une dimension quantitative du temps (elle est quantifiable), la seconde à une dimension plus qualitative car la plus ou moins grande rapidité de l'action est le résultat d'un choix qui s'inscrit dans un ordre de priorité.

Suivant la logique du continuum, on peut considérer que la mort représente le degré zéro de l'urgence : en effet, quand elle a lieu, la vie n'est plus en danger et il n'y a plus rien à faire. Excepté dans ce cas où il est absent, dans tous les autres le « risque de vie » demeure un critère imprécis. Bien qu'il indique que les états de santé qui doivent être considérés comme des *urgênci*as ou des *emergênci*as sont ceux qui représentent une menace pour la vie si rien n'est fait plus ou moins rapidement, il n'en reste pas moins vague en ce qui concerne l'appréciation du niveau de menace qu'il représente pour la vie. Comment comprendre et appréhender ce critère et ses divers degrés dont l'importance variable justifie, dans les définitions, la distinction entre la catégorie des *urgênci*as et celle des *emergênci*as ?

Entre les deux extrémités du continuum, se trouvent quantité de cas possibles, plus ou moins *emergentes*, *urgentes*, « de routine ». Incorporant la dimension du temps, ce continuum est dynamique. Mais sa dimension diachronique - celle de l'évolution - rend la caractérisation encore plus imprécise et abstraite, et par conséquent, moins opératoire. Bien qu'il ne présente pas de « risque de vie imminent », un état de santé est considéré comme *urgente* parce qu'il présente justement un « risque de complications plus graves ou même fatales ». Ici la distinction devient très subtile et *Y urgênci*a peut devenir une *emergênci*a à tout moment. Quelle est alors la valeur opératoire de la dis-



inction entre les deux ? En contexte et selon les cas, une fracture comme une crise d'asthme peuvent être considérées, nous référant aux définitions mêmes de l'auteur, non pas comme des *urgências* mais bien comme des *emergências*. De la même manière, un cas de routine peut devenir un cas d'*urgência* car, comme l'indique l'auteur lui-même, certains de ces cas justifieraient un *pronto-atendimento*, également indiqué pour les cas nécessitant des soins à *urgência* « plus simples ». Mais qu'est-ce qu'une *urgência* qui exige des soins « plus simples » si l'*urgência* est définie comme un processus qui risque d'évoluer vers des complications plus graves ou même fatales ? Est-ce une *urgência* moins grave qu'une autre qui pour être plus grave justifierait quant à elle des soins plus compliqués ?

Cette brève analyse de la typologie proposée montre à quel point la classification des urgences médicales à partir de définitions dites (dans les textes où on les rencontre) « objectives », « techniques », est imprécise et peu satisfaisante du point de vue de l'évaluation diagnostique et de la compréhension [580] claire des situations / problèmes qui doivent être considérés comme *urgentes* ou *emergentes*. La tentative de caractérisation, au lieu d'aider à préciser le contenu de chaque catégorie d'urgences, augmente son imprécision.

Bien sûr qu'en contexte, les médecins disposent d'éléments de connaissance biomédicale qui leur permettent d'apprécier les états de santé auxquels ils ont affaire comme étant de routine, *urgentes*, *emergentes*. Mais ceci ne résout pas la question du point de vue des définitions biomédicales des notions d'*urgência* / *emergência*. Car ces éléments diagnostiques qui permettent une appréciation contextuelle des états de santé, ne servent pas à préciser le contenu de notions que les définitions biomédicales prétendent justement rendre opératoire et univoque (tant est que ces notions sont présentées comme des « concepts » dans de nombreux textes). D'ailleurs, une plus grande précision des définitions ne peut être trouvée de ce côté-là, car comme le fait remarquer le médecin Miguel Martinez Almoyna du SAMU de Paris (dans un texte non publié), « si on analyse la littérature médicale même académique, on est forcé de noter qu'en réalité, cette zone de la médecine<sup>511</sup> ne possède pas encore de nosographie précise. (...) Malheureusement (...) il n'y a pas encore de taxinomie précise qui donne

<sup>511</sup> C'est-à-dire la médecine d'urgence.

les gravités et les thérapeutiques ni leurs dérivés temporels », ce qui, selon lui, constitue un handicap pour l'évaluation.

Très significative du caractère imprécis et peu satisfaisant des définitions biomédicales de l' *urgência / emergência*, ainsi que de la difficulté à les établir, est la prolifération de leurs sous-définitions, sous-distinctions, sous-dénominations dans la littérature médicale. Ainsi rencontre-t-on les notions suivantes : « *urgência grave* », « *urgência vitale* », « *urgência extrême* », « *urgência absolue* », « situations de haut risque », « première *urgência* », « deuxième *urgência* », « *urgências / emergências vraies* », « *urgências réelles* », « *urgência objective* », « *emergência technique* », « fausses situations d' *emergência* », « fausses *urgências / emergências* », « *emergência du patient* », *urgências / emergências relative* », « *urgência présumée* » « *urgências apparentes* », « *urgência subjective* », etc. Le souci d'approcher un contenu plus précis et opératoire de l'urgence par la multiplication des catégories d'urgence se traduit par l'augmentation de l'imprécision et de l'indéfinition de la notion.

On peut d'ailleurs faire la même constatation dans les textes français qui tentent de préciser le contenu de la seule notion d'« urgence ». La définition de l'urgence proposée par le Conseil de l'Europe dans son rapport, *Étude comparative sur l'organisation et le fonctionnement des services d'aide médicale urgente* (1990), en est une illustration exemplaire. Dans les deux premières pages de l'introduction du texte qui se propose de définir « l'urgence », le rapport identifie et distingue « l'urgence », « l'urgence subjective », « l'urgence objective », « l'urgence vitale », « l'extrême urgence », « la première urgence », « la seconde urgence et suivantes ».

[581]

« L'urgence » est ici définie comme la « nécessité d'agir vite, de soigner sans délai » (p. 13). Bien qu'il soit précisé qu'il s'agit de définir « l'urgence seulement dans le contexte médical », les auteurs empruntent cette définition à un dictionnaire des noms communs, le Petit Robert. La référence à un contenu plus spécifiquement médical apparaît dans les commentaires quand est proposée la distinction entre urgence « subjective » et urgence « objective », les « deux notions pouvant se rapporter soit à des personnes et leur état de santé, soit à des situations considérées comme dangereuses pour la santé » (p. 13). La

première est définie de la façon suivante : « une urgence ou situation d'urgence subjective est fondée, dans l'optique d'une victime ou du grand public, sur des critères impressionnants, tels que douleur aiguë, hémorragie externe ou désarroi, sans que ces phénomènes mettent nécessairement en danger la vie ou la santé d'une personne. À défaut de notions de premiers secours, le grand public n'est pas à même d'apprécier et de maîtriser correctement une situation, de faire un diagnostic sommaire avant de s'adresser précipitamment à l'aide médicale urgente » (p. 14). Quant à « l'urgence objective » elle est définie comme celle qui « peut être appréciée correctement par les secouristes formés, les auxiliaires d'aide médicale urgente et les médecins » (p. 14).

Il est intéressant de constater que lorsqu'il est question de caractériser l'« urgence objective », le critère invoqué est un critère que l'on peut qualifier « d'autorité » dans la mesure où il établit que « l'urgence objective » est celle qui est « appréciée correctement » par les professionnels de la santé mais il ne nous dit rien de l'urgence en tant que telle. Il ne sert pas à éclairer ce qu'est l'urgence telle qu'elle a été définie précédemment, c'est-à-dire en tant qu'état de santé ou situation. Il établit seulement la compétence exclusive d'un type d'autorité légitime pour attribuer le caractère d'urgence à un état ou une situation de santé. En d'autres termes, l'urgence « objective », celle qui existe réellement, est celle qui est reconnue par les médecins. En dehors de celle-ci, toute urgence est considérée comme « subjective », sous-entendu potentiellement inexistante ou résultant d'une appréciation erronée. Ainsi « l'urgence objective » est-elle définie par ses spécialistes légitimes et par son opposition avec « l'urgence subjective ». Je reviendrai sur ce point un peu plus loin.

Une fois établie l'existence d'une urgence objective, la tentative est de préciser davantage son contenu en distinguant et en délimitant à l'intérieur de cette catégorie générale divers types d'urgences. D'abord, il y a « l'urgence vitale », qui semble correspondre à l'*emergênci*a des textes médicaux et de santé publique brésiliens. Ensuite vient une classification des urgences objectives par ordre de priorité dans les soins. Elle dessine une gradation des divers temps de l'action selon les différents niveaux de « gravité » : il y a l'« extrême urgence » (dont on ne sait pas si elle correspond à « l'urgence vitale »), la « première urgence » puis la « seconde » et les « suivantes ».

Est-ce que ces définitions de l'urgence contiennent des informations, des éléments explicatifs ou descriptifs qui éclairent, du point de vue technique et opératoire, ce qu'est une urgence médicale ? En ce qui concerne les états de santé ou les situations qui méritent d'être ainsi considérés, elles ne fournissent pas d'éléments de compréhension ni de distinction. Elles insistent seulement sur le fait que ces états et situations sont ceux qui représentent des urgences objectives, c'est-à-dire un danger « réel » pour la vie, et qu'à l'intérieur de ces urgences objectives, certaines sont plus urgentes que d'autres, selon le niveau de menace.

Mais cela ne permet pas d'attribuer un contenu proprement médico-technique à la notion d'urgence qui la distingue nettement de la compréhension qu'en a le sens commun. Car en effet il n'est nul besoin d'avoir une compétence médicale pour être conduit à considérer comme urgence médicale un état ou une situation de santé qui, selon celui qui l'apprécie ainsi, présente une menace plus ou moins grande pour la vie. Cette appréciation de l'urgence n'est pas en soi proprement biomédicale, elle appartient à tout le monde. La compétence biomédicale se manifeste dans les éléments de connaissance et dans les techniques dont elle dispose pour vérifier, confirmer ou infirmer cette appréciation. D'ailleurs les médecins et les secouristes eux-mêmes partent d'une première appréciation clinique qui peut être ou non confirmée ensuite par l'examen plus approfondi, les éléments diagnostiques fournis par les instruments et techniques dont ils disposent et également par l'évolution de l'état de santé du patient. Cela est particulièrement vrai en ce qui concerne l'appréciation du niveau de gravité du cas considéré. Bien qu'elle soit guidée par des éléments « techniques » (« objectifs ») de connaissance médicale, cette première évaluation biomédicale qui va décider du caractère et du degré d'urgence d'un état de santé, se fonde également sur des éléments « subjectifs ».

Ce dernier commentaire me conduit à revenir sur la distinction établie dans le rapport sur l'urgence du Conseil de l'Europe, entre « urgence subjective » et « urgence objective ». Résultant d'une appréciation juste de l'urgence qui est celle des spécialistes médecins ou paramédicaux, l'urgence objective se voit caractérisée par son opposition avec l'urgence subjective, qui résulte *a priori* d'une mauvaise appréciation de l'urgence qui est celle du non-spécialiste (malade, victime,

grand public). Dans les textes médicaux et de santé publique brésiliens qui cherchent à définir l'*urgência / emergência*, on rencontre aussi très communément cette opposition entre urgence éclairée et urgence non éclairée. Incorporée à la définition médicale de l'*urgência / emergência*, cette opposition tend à établir de façon indiscutable - quoique non discutée - l'existence réelle de l'*urgência / emergência*, quand elles existent pour les professionnels de santé, et son inexistence (ou potentielle inexistence), quand elles existent pour les non-spécialistes.

Au côté de l'opposition « *urgência (emergência)* objective / *urgência (emergência)* subjective », on trouve, dans les textes consultés, les couples d'opposition suivants : « *urgências (emergências)* réelles / *urgências (emergências)* [583] apparentes », « *urgências (emergências)* vraies / *urgências (emergências)* fausses », « *urgência (emergência)* technique / (*urgência*) du patient ». Quelles que soient les dénominations et oppositions adoptées, *Yurgência / emergência* « subjectives », « apparentes », « fausses » sont toujours définies comme étant celles « du patient », de la victime, du public.

Cela apparaît très clairement dans l'article « Implantação de um sistema de triagem em Unidade de Emergência », d'A.M.M. de Magalhães, L.M. Girardi Paskulin, N.G. Rosa Martins, S. Casa da Silvia (1989 : 182-183), qui travaillent dans l'Unité d'*Emergência* de l'*Hospital das Clinicas* de Porto Alegre. Dans le paragraphe intitulé « Concepts et définitions de termes », les auteurs définissent l'*emergência* à partir de l'opposition entre ce qu'ils appellent « les concepts d'*emergência* technique et d'*emergência* du patient ». La première est « la situation de santé du patient, exprimée par des signes et des symptômes, qui présente un risque de vie et exige un traitement immédiat ». Quant à « l'*emergência* du patient », elle est « la situation de santé perçue par le patient comme exigeant un traitement immédiat, mais qui, après évaluation technique, ne présente pas cette configuration, et qui peut recevoir des soins ambulatoires à court ou moyen terme <sup>512</sup> ».

Si parler « d'*emergência* du patient » témoigne d'un côté de la reconnaissance d'une perception « profane » de l'urgence, d'un autre côté, présenter cette perception comme étant par principe erronée ou

<sup>512</sup> Traduction personnelle.

mal informée revient à nier au non-spécialiste de l'urgence toute aptitude à apprécier l'existence d'une *emergênci*a. Cela parce que, dans l'ignorance des connaissances techniques nécessaires, son appréciation s'appuie seulement sur des éléments « subjectifs », parmi lesquels ceux qui impressionnent le plus, les plus « spectaculaires », « apparents », ceux qui finalement abuseraient seulement l'homme du commun.

Définir comme non valide ou potentiellement erronée l'*urgênci*a / *emergênci*a du patient, en établissant que la « subjectivité » lui appartient en propre, renforce par un effet de définition ce que les définitions biomédicales tentent d'établir sans démonstration convaincante, à savoir qu'il existe une *urgênci*a / *emergênci*a dont le diagnostic est établi uniquement à partir d'éléments objectifs, techniques. Cette appréciation juste, exclusive du médecin, est le critère qui définit la « vraie urgence » et qui établit non seulement l'objectivité de l'appréciation biomédicale mais également son caractère infaillible. Le médecin ne peut se tromper (être trompé). Au bout du compte, ce qui distingue de la manière la plus décisive ce qui est *urgente* / *emergente* de ce qui ne l'est pas, c'est l'objectivité de celui qui sait (le médecin) contre la subjectivité de celui qui ne sait pas (le profane).

Définir l'*urgênci*a / *emergênci*a en établissant une distinction entre une *urgênci*a (*emergênci*a) « objective » et « subjective » pourrait présenter une intéressante valeur heuristique dans la mesure où cette distinction incorpore et signale dans les définitions mêmes de l'*urgênci*a / *emergênci*a la dimension [584] à la fois « objective » et « subjective » de l'évaluation des états de santé ainsi considérés. Mais la définition, au lieu de concilier ces deux dimensions, les oppose de façon stricte à partir d'une séparation, excessive et très discutable, basée sur les couples d'oppositions et de correspondances : objectif / subjectif, juste / erroné, médecin / non-médecin.

C'est comme si face à la difficulté de définir et de distinguer l'*urgênci*a et l'*emergênci*a à partir d'éléments purement techniques, on tentait de résoudre l'impasse en établissant que l'*urgênci*a (*emergênci*a) « objective » est objective car elle est « du médecin », les professionnels de santé garantissant l'objectivité de son évaluation et par conséquence la réalité de son existence. Aucun élément dit « subjectif » - parce que non « technique » - n'entrerait dans l'évaluation biomédicale de l'*urgênci*a / *emergênci*a et de ses divers degrés, « la sub-

jectivité » étant ce qui caractérise par définition l'évaluation profane des états de santé.

Bien sûr, ce n'est pas si simple ni si caricatural. La preuve en est qu'aucune des définitions biomédicales rencontrées ne se laisse caractériser comme purement technique. Aucune n'est satisfaisante d'un point de vue opératoire. Les définitions, au lieu d'attribuer un contenu précis et univoque aux notions et distinctions qu'elles prétendent établir, aboutissent à l'exact opposé : par leur caractère très général et imprécis, elles offrent la possibilité d'interprétations multiples. Au bout du compte, elles montrent combien il se révèle difficile de définir de manière exclusivement technique ce que sont l'*urgência* / *emergência* et ce qui les distingue, ou mieux, combien ces notions ne se laissent pas définir de manière exclusivement technique. D'où l'impasse « objectiviste » auxquelles se confrontent les tentatives de définitions techniques de l'*urgência* / *emergência* médicales.

L'appréciation qui conduit à considérer un état ou une situation de santé comme une *urgência* ou une *emergência* est le résultat, dans la pratique du médecin comme dans celle du non-médecin, d'une combinatoire plurifactorielle complexe où n'entrent pas uniquement des éléments qui relèvent au sens strict d'une connaissance biomédicale technique. Cette combinatoire est la conjonction d'une multiplicité de facteurs de nature variée, aussi bien sociaux que psychologiques, collectifs qu'individuels tels que, par exemple, l'âge de la victime (du patient), son sexe, son apparence, son appartenance sociale, sa couleur, ses ressources financières, le type de mal (d'accident) dont elle souffre, le nombre de victimes impliquées, l'angoisse, l'incertitude et également la valeur attribuée à un état de santé ou à un mal par celui qui décide de son *urgência* ou de son *emergência*.

Même à l'intérieur de l'évaluation proprement clinique d'un état de santé entre une part importante de « subjectivité », particulièrement dans l'appréciation de son évolution. Le pronostic médical qui entre comme une donnée importante dans la détermination du niveau d'urgence, intègre de nombreux éléments de nature probabiliste et pour cette raison, renvoie davantage à un pari éclairé qu'à une certitude objective.

[585]

Dans le domaine de la biomédecine, l'*urgência* et l'*emergência* ne sont pas des notions - encore moins des concepts - purement techniques ou théorico-médicaux. Il n'y a pas « l'*urgência* » et « l'*emergência* » mais « les *urgências* » et « les *emergências* » dans l'appréciation desquelles entre une constellation d'éléments qui ne sont pas uniquement de nature biologique, anatomo-physiologique, mais qui appartiennent à divers ordres de réalité. La valorisation d'un état de santé en tant qu'*urgência* ou *emergência* traduit la reconnaissance de sa gravité et justifie la priorité des soins. Ce qui forge cette appréciation et conduit à ce diagnostic - que ces derniers soient « médicaux » ou « profanes » - n'échappe pas au social et à ses diverses expressions et déterminations.

[586]

## Références bibliographiques

ARANHA, W., « Emergência e urgência », *Revista Paulista de Hospitais*, n° 23 (3), maio de 1969, p. 25-27.

CASA DA SILVA, S., GIRARDI PASKULIN, L.M., MAGALHÃES A.M.M. DE, ROSA MARTINS, N.G.M., « Implantação de um sistema de triagem em Unidade de Emergência », *Revista do Hospital de Clinicas de Porto Alegre*, Vol. 9, n° 3, dezembro de 1989, Faculdade de Medicina da Universidade Fédéral do Rio Grande do Sul, p. 182-87.

*Conseil de l'Europe, Etude comparative sur l'organisation et le fonctionnement des services d'aide médicale urgente, Strasbourg, 1990.*

JACQUEMOT, A., *Guides et Médioms aux secours des Hommes - Etude des représentations et des pratiques liées à la maladie et à son traitement dans l'umbanda de São Paulo (Brésil)*, Presses Universitaires du Septentrion, Villeneuve d'Ascq, 1998.

LOPEZ, M., *Emergências médicas*, Guanabara-Koogan, Rio de Janeiro, 1979, p. 2-8.

PAIM, J.S., « Organização da atenção à saúde para a urgência / emergência », *Saúde coletiva - Textos coletivos*, L.M. VIERA DA SIL-



VA (organizadora), Centro Editorial e Didático, Universidade Fédéral da Bahia, 1994, p. 149-168.