

VIVRE DANS l'urgence



18 à 20

«VRAIES» ET «FAUSSES» urgences

Qui consulte les urgences et pourquoi ? C'est clair : une sélection s'opère entre les «bonnes» et les «mauvaises» urgences. Un tri qui génère des tensions entre les filières de soins et les urgences.

22 à 25

Les personnes âgées, LES «FRAGILES» DES URGENCES

Personne âgée, patient fragile. Pourquoi ? Parce que guérir ne suffit pas si la personne est trop affaiblie pour s'assumer seule. La prise en charge doit être globale.

26

Une discipline NÉE SUR LE TARD

Appeler le 100, un réflexe aujourd'hui. Pourtant, l'assistance publique n'a pas toujours existé. Les «urgences» sont même récentes.

27 à 29

URGENTISTES, GÉNÉRALISTES : partenaires ou concurrents ?

Un médecin de famille, Marc Vanandruel, et un chef de Service des urgences, Marc Reynaert, débattent sur un des principaux sujets de réflexion qui animent médecins généralistes et hôpitaux.

31 à 34

SALLES D'AUDIENCES ET SALLES DE SOINS : la même urgence ?

Une victime de la route bénéficie des soins des urgences hospitalières, puis des faveurs de l'urgence judiciaire (le référé). Quelle perception gardera-t-elle des deux services d'urgence ? Logiques communes ou divergences d'approche ?



Reuters, Richard Chung

Les services d'urgence attirent souvent la polémique entre ses détracteurs et ses acteurs. Là où les uns voient la perversion d'un système de santé qui s'engorge à l'envi ; d'autres y voient la seule réponse, certes perfectible, que l'on peut donner à la morbidité aiguë que nos contemporains en détresse ressentent dans les modes de fonctionnement du système médical actuel.

L'augmentation croissante et régulière des activités des services d'urgence est une constante dans la plupart des pays du globe. Cette sollicitation est-elle seulement liée à une problématique médicale ou relève-t-elle d'une société elle-même malade du temps ?

Nicole Aubert¹, dans un ouvrage très pertinent, illustre la mutation du rapport au temps dans les grandes entreprises et secteurs sous la pression de l'avènement de la mondialisation économique et financière au milieu des années quatre-vingt.

La dictature du temps, de l'instantanéité et de l'immédiateté favorisent un mode de vie fait d'une succession d'urgences, professionnelles et privées. Ce concept de vitesse, s'il sert la logique du capital et de la performance de nos sociétés, valorise l'action comme remède à l'incertitude de l'individu d'aujourd'hui dans un monde où tout bouge sans cesse et où l'erreur est

peu admise. Le défi majeur semble être la construction par l'homme moderne d'un nouveau rapport au temps et à lui-même. Il est toutefois loisible de comprendre que cette démarche est entravée par une société en perpétuelle accélération de ses processus de fonctionnement et d'efficacité.

En attendant, dans de nombreux domaines de notre vie qui dépassent le cadre médical, l'urgence devient une réalité incontournable : en écologie, en diplomatie, en économie et en droit. L'urgence présente certains avantages. Elle permet l'innovation et bouscule la routine mais impose souvent une centralisation de la décision, ce qui ne se fait pas sans heurt avec les structures décentralisées existantes. Elle a également de nombreuses limites et doit s'inscrire dans une logique dictée par le bon sens.

En choisissant divers points de vue, ce dossier tente d'éclairer cette notion d'urgence pour que les phantasmes des uns et des autres se confrontent à la réalité des «urgentistes» dans tous les domaines de notre société.

Frédéric Thys, coordinateur scientifique de ces pages «Thème»

1. *Le Culte de l'urgence. La société malade du temps*, Nicole Aubert, Paris, Flammarion, 2003.

«VRAIES» ET «FAUSSES» urgences

Qui consulte les urgences et pourquoi ? Comment les urgentistes trient-ils les patients ? C'est clair : une sélection s'opère entre les «bonnes» et les «mauvaises» urgences. Ce tri génère des tensions entre les filières de soins et les urgences, un service parfois écartelé entre hospitalité et soins spécialisés.

Les questions que soulève la consultation des services d'urgences hospitalières —appelés communément «urgences»— reviennent régulièrement sur la scène médiatique et politique belge. En cause, d'abord, le volet économique. L'accessibilité des urgences est une bonne chose si elles sont utilisées par des patients qui en ont «vraiment» besoin mais cela devient un problème lorsque ce sont des patients qui en ont «moins» besoin. La seconde raison est d'ordre sociologique : patients et urgentistes ne partagent pas nécessairement la même conception de ce qui est urgent. Ainsi, les urgences sont confrontées à des demandes non prioritaires pour le service mais bien pour le patient et sa famille. S'opère donc une sorte de tri entre les «bonnes» et les «mauvaises» urgences. Tri qui n'est pourtant pas une science mais bien un art, dans lequel interviennent diverses considérations. La troisième raison est d'ordre plus systémique. L'urgence est le fruit de l'organisation de notre système de santé et des relations entre les différentes filières de soins. Ainsi, par exemple, moins la médecine générale sera accessible, plus les services d'urgence seront sollicités. Ou encore, plus la médecine médiatisera son haut potentiel technologique, plus les patients rechercheront des soins accompagnés d'un plateau technique, comme celui qu'offrent les urgences. De là, plusieurs questions : qui consulte les urgences ? Pourquoi ? Comment les urgentistes trient-ils les patients ? Et, comment l'organisation du système de santé génère-t-elle elle-même les urgences ?

Les malades des urgences

Qui consulte le plus les urgences et quel est le profil de santé de ces patients ? Au cours d'une année, 12% de la population belge a fait appel au service des urgences¹. Dans plus de 70 % des cas, ces patients se sont rendus aux urgences de leur propre initiative sans passer par leur médecin généraliste. Autre constat : hommes et femmes se rendent aux urgences avec la même fréquence. Par contre, les plus jeunes consultent le plus :



D.R.

Entrée des urgences des Cliniques universitaires Saint-Luc. À Bruxelles, l'appel aux urgences est plus fréquent, du fait du grand nombre d'hôpitaux.

15% des 15-24 ans, contre 11% des plus de 65 ans. On remarque également que peu de différences apparaissent selon le niveau d'instruction ou de revenu. Comment expliquer cette affluence ? L'accessibilité des services des urgences, tant d'un point de vue spatial que temporel, serait une première réponse. Les données chiffrées tendent à étayer cette hypothèse : les habitants de communes urbaines —où l'offre des urgences est plus élevée— consultent plus fréquemment (13%) que les habitants des zones rurales (11%). Les Bruxellois, en particulier, sont les plus gros consommateurs (14%). Pour une moitié des cas, les contacts ont eu lieu en semaine et en journée ; pour l'autre moitié, le week-end ou la nuit.

L'état de santé y est-il pour quelque chose ? Oui, mais en partie seulement. Les personnes qui déclarent un très mauvais état de santé contactent plus souvent les urgences (28%) que celles qui déclarent un très bon état de santé (9%). La propension à contacter les urgences augmente également avec le degré d'incapacité : les malades qui sont limités en permanence dans leurs activités quotidiennes —se laver, s'habiller, marcher, faire ses courses, etc.— consultent plus fréquemment (18%) que ceux qui sont peu restreints dans ses mêmes activités (11%).

La propension à consulter dépend des symptômes, mais aussi de la menace perçue et de l'incapacité du patient à s'y accommoder.

Cependant, le lien est modéré entre «maladie» et recours aux urgences. La propension à consulter ne dépend pas seulement des symptômes et de leur sévérité mais également de la menace perçue et de l'incapacité du patient à s'y accommoder. Plus un patient se sent menacé dans ses sécurités de base —sa santé, bien sûr, mais aussi son travail, sa famille, ses relations sociales—, moins il arrive à s'en accommoder, et plus il recherchera activement de l'aide. Certains déclencheurs jouent d'ailleurs un rôle important : en particulier, l'interférence avec les relations sociales. C'est à toutes ces demandes que doivent répondre les urgences. Et, les réponses varient fortement d'un service à l'autre, et d'un médecin à l'autre.

À la recherche du bon patient

L'afflux des patients oblige les urgences à réaliser un «micro-rationnement» et à établir des critères de «micro-justice». Autrement dit, à distinguer les patients qui en valent plus la peine. Un premier critère de sélection est l'envoyeur. Les urgences, par leur accessibilité, deviennent rapidement le tampon du système de santé. Les hôpitaux, ainsi que les autres institutions de soins, semblent parfois vouloir se débarrasser au plus vite des cas les moins intéressants : les patients gériatriques, les patients psychiatriques (lire encadré), les «cas sociaux». Ce transfert de patients vers les urgences est fréquemment à l'origine de tensions entre les urgences et les autres services (internes ou externes à l'hôpital).

Deux exemples de l'étude de Dodier et Camus² illustrent cette tension : lorsque certains patients en phase terminale sont transférés par des services hospitaliers vers les urgences pour libérer des lits ; ou encore, lorsque le médecin généraliste envoie son patient aux urgences pour s'en libérer le week-end ou pour accélérer une hospitalisation, sans devoir s'occuper des formalités administratives. De son côté, le service des urgences peut également adopter les mêmes tactiques et s'efforcer de «rediriger» le patient vers un service hospitalier, un autre hôpital ou une autre filière de soins. Les urgences deviennent alors un lieu de négociations et de rapports de force entre les différentes filières du système de santé.

Les urgences psychiatriques à toutes les sauces

La psychiatrie offre un bel exemple de la manière dont l'organisation des soins et la société génèrent les urgences. Depuis quelques années, les services d'urgence sont sollicités, malgré eux, pour des expertises psychiatriques. Celles-ci sont réalisées à la demande du procureur du Roi, dans le cadre de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne du malade mentale. Cette loi permet d'orienter vers les soins des patients pendant 40 jours. Elle concerne plus de 1200 personnes par an à Bruxelles. Un chiffre en constante augmentation.

La mission du médecin urgentiste est de déterminer si le patient, amené le plus souvent par les forces de l'ordre à la demande du parquet, répond aux critères de la loi, à savoir la présence d'une maladie mentale, la dangerosité pour soi et/ou pour autrui, le refus de soins et l'absence de toute autre alternative moins contraignante. Nos travaux¹ montrent que, dans plus de la moitié des cas, la mise en observation n'est pas nécessaire, soit parce que les critères ne sont pas présents, soit parce qu'il existe une alternative moins contraignante.

Comment expliquer ce phénomène ? Nous suggérons deux explications. Premièrement, la médicalisation d'une certaine détresse psychosociale permet à notre société de pousser vers les services d'urgence des personnes en situations complexes (réfugiés, SDF, etc.), pour qui les soins psychiatriques peuvent apparaître comme une solution. Deuxièmement, alors que, dans l'organisation des soins psychiatriques, le service d'urgence a toujours été pensé comme un *gate keeper*, c'est à dire une structure capable de faire le tri et d'orienter, la complexification des situations psychosociales et la difficulté d'accès aux soins pour certaines catégories de patients ont transformé de plus en plus souvent les urgences psychiatriques en *gate opener*. Elles interviennent pour forcer l'accès aux soins des plus fragilisés. La loi devient dès lors un instrument servant en partie à pallier les insuffisances de l'organisation du système de soins. Ainsi, la demande de mise en observation via le service des urgences devient une manière de mobiliser le secteur des soins pour des patients qui ne se voient plus offrir d'autres alternatives.

Pour illustrer ce dernier point, nos travaux portant sur 346 demandes d'expertise montrent que, parmi les critères de la loi, c'est avant tout l'absence d'alternative qui guide le clinicien dans sa décision de mise en observation. Bien plus, comme on aurait pu s'y attendre, que la présence d'une maladie mentale et d'une dangerosité. Face à ce constat, et pour limiter ce type d'urgence à l'avenir, il est primordial de développer des alternatives de soins capables de répondre aux besoins des patients fragilisés. ■

1. Lorant V., Depuydt C., Gillain B., Guillet A., Dubois V., *Involuntary commitment in psychiatric care: what drives the decision?*, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2007.



Reuters, Shannon Stapleton

Patient et urgentiste ne partagent pas forcément la même conception de ce qui est «urgent». Un enfant émuotionné: la demande sera prioritaire pour sa mère mais pas nécessairement pour l'urgentiste.

Un deuxième problème consiste à faire le tri entre les «véritables» urgences et les cas non-urgents³. Des études ethnographiques montrent que certains patients présentent plus d'intérêt que d'autres : les patients qui sont légitimement référés par leur médecin généraliste, ceux qui ont des douleurs ou des chocs récents, ceux dont le risque vital est en cause. Les douleurs qui durent depuis plus longtemps sont, quant à elles, souvent catégorisées comme des «bobos».

Pour les urgentistes, si le problème persiste depuis plusieurs jours, ce n'est pas une véritable urgence.

Ce critère, lié à la durée des symptômes, confronte les urgentistes et les patients. Pour les premiers, si le problème persiste depuis plusieurs jours, ce n'est pas une véritable urgence. Or, c'est justement ce qui en fait une urgence pour les seconds. Pour exemple : un homme de 30 ans, travaillant à pause et confronté à des difficultés familiales, se plaignait d'insomnies et n'avait plus dormi depuis 3 mois. L'urgentiste le renvoya à son médecin généraliste, ou à un centre de santé mentale, arguant que, s'il avait pu attendre jusqu'ici, il pouvait bien attendre encore un jour. Indépendamment du risque vital, Dodier et Camus ont montré que l'intérêt clinique pouvait grandement accroître l'intérêt porté au patient. Ainsi, des situations rares d'un point de vue clinique mobilisent subitement les médecins tandis que des situations trop courantes attirent grimaces et blagues.

Enfin, le service des urgences est écartelé entre deux missions : l'hospitalité —valeur se trouvant au cœur même du mot «hôpital»— et le soin technique et spécialisé, soutenu par le plateau technique et par la mission de recherche et d'enseignement qui incombe aux services d'urgence localisés dans les hôpitaux universitaires. Les études ethnographiques de Dodier et Vassy illustrent cette tension. Une partie du personnel, les infirmiers et médecins non-spécialistes, ont une approche plus ouverte aux difficultés sociales. Ils reconnaissent que les urgences constituent une voie d'accès aux soins pour les populations plus défavorisées ou sans sécurité sociale (les sans-abris par exemple). D'autres, le plus souvent les médecins spécialistes, sont plus réticents. En conséquence, le staff des urgences est tiraillé entre, d'un côté, répondre à la «misère du monde» et, de l'autre, offrir un service spécialisé, de haute technicité. Cette tension génère des négociations permanentes au sein du staff. Il est possible que le développement de services parallèles aux urgences, comme les consultations de médecine générale ou les urgences psychiatriques, transfère cette mission d'hospitalité vers d'autres acteurs. ■

1. Selon deux enquêtes de santé, réalisées par interview, Institut de Santé Publique, 2001 et 2004.

2. Dodier N., Camus A., «Openness and specialisation: dealing with patients in a hospital emergency service», *Sociology of health and illness*, 1998, 20:413-44.

3. Voir le rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé sur le forfait urgence: <http://kce.fgov.be>

4. Vassy C., «Categorisation and micro-rationing: access to care in a French emergency department», *Sociology of health and illness*, 2001, 23:615-632.

Pour les populations plus défavorisées —les sans-abris par exemple—, les urgences constituent une voie d'accès aux soins.



Reuters, Darrin Zammit Lupi

ILS ONT CONTRIBUÉ À CE DOSSIER



D.R.

La Quinzaine

Le Pr **Vincent Dubois** (à gauche) est le chef du Service de psychiatrie adulte des Cliniques universitaires Saint-Luc. Il s'intéresse aux urgences psychiatriques et traumatisme psychologique. Il collabore avec le Pr **Vincent Lorant** (à droite) dans le cadre d'une recherche sur l'organisation des soins de santé mentale. Professeur à l'École de santé publique de l'UCL, Vincent Lorant s'intéresse à la sociologie de la santé et de la médecine. **Christophe Streignard** est étudiant en dernière année en santé publique.

→ dubois@pscl.ucl.ac.be

→ Lorant@sesa.ucl.ac.be



CAV, Woluwe

D.R.

Le Pr **Frédéric Thys** est interniste-urgentiste. Outre son investissement dans la prise en charge des pathologies d'urgence -en particulier respiratoires-, il s'intéresse à l'optimisation de l'usage des services d'urgences par les patients. Le Pr **Jean-François van Drooghenbroeck** est un praticien de la justice de l'urgence au barreau depuis plus de dix ans.

→ thys@rean.ucl.ac.be

→ jf.vandrooghenbroeck@judi.ucl.ac.be



D.R.

CAV, Woluwe

Dominique Vanpee est professeur à la Faculté de médecine de l'UCL et chef du Service des urgences aux Cliniques universitaires de Mont-Godinne. Il s'intéresse aux spécificités (clinique et éthique) des personnes âgées admises en salle d'urgence. Le Dr **Pascale Cornette** est, quant à elle, gériatre aux Cliniques universitaires Saint-Luc où elle a participé à la création des unités de gériatrie en 2002.

→ Dominique.Vanpee@rean.ucl.ac.be

→ cornette@hosp.ucl.ac.be



Louvain

Louvain

Médecin de formation, **Maurice Einhorn** est journaliste. Il a dirigé pendant de longues années le *Journal du Médecin*. **Marc Vanandruel** (photo de droite, à gauche) est médecin généraliste à Woluwe-Saint-Pierre et actif au sein de la Fédération des associations de médecins généralistes de l'agglomération bruxelloise (FAMGB). Interniste, intensiviste et urgentiste, le Pr **Marc Reynaert** (photo, à droite) dirige le Service des urgences des Cliniques Saint-Luc depuis 15 ans.

→ maurice.einhorn@medim.be

→ marc.vanandruel@cumg.ucl.ac.be

→ reynaert@rean.ucl.ac.be



D.R.



D.R.

Le Pr **Jean Bernard Gillet** est médecin urgentiste au Service des urgences de Mont-Godinne. Il a participé à la fondation de la Société belge de médecine d'urgence qu'il a présidée. Il est en outre conseiller du Ministre de la santé publique, Rudy Demotte.

→ gillet@mint.ucl.ac.be

Sabine Chalvon-Demersay est maître de conférence à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS, Paris). Ses recherches portent sur la fiction télévisée dans le but d'analyser le rôle de l'imagination dans la compréhension du monde social.

→ chalvon@ehess.fr



D.R.

Psychiatre, le Dr **Benoît Gillain** dirige l'Unité d'urgence et l'Unité de crise des Cliniques universitaires Saint-Luc.

→ benoit.gillain@clin.ucl.ac.be

Le Pr **Philippe Meert** est chef de clinique au Service des urgences des Cliniques universitaires Saint-Luc et responsable du Service mobile d'urgence (SMUR).

→ Philippe.Meert@rean.ucl.ac.be

Les personnes âgées, LES «FRAGILES» DES URGENCES

Problèmes multiples, risques de complication, ... en salle d'urgence, les personnes âgées sont dites «fragiles». Pourquoi? Parce que guérir ne suffit pas si la personne est trop affaiblie pour s'assumer seule. La prise en charge doit être globale.

Madame X, âgée de 86 ans, vit seule depuis le décès de son mari. Ses deux filles viennent la voir régulièrement et l'aident pour les courses. Elle a d'excellentes relations avec son voisinage et participe une fois par semaine à des activités dans son quartier. Elle se trouve en bonne santé pour son âge. Mais, une nuit, elle glisse sur sa carpe, au pied du lit. Elle est restée plusieurs heures au sol, le col du fémur fracturé. Sa voisine, inquiète de ne pas voir les volets levés, la découvre dans la matinée. Une heure plus tard, elle arrive en salle d'urgence, adressée par son médecin de famille.

Ce drame, dans la vie de Madame X, les soignants de salle d'urgence l'entendent quotidiennement. Cette «banalité» pose néanmoins d'importantes questions: comment va-t-elle être soignée? Comment notre système de santé prend-il en charge les patients âgés, qui constituent déjà une part prépondérante de la population hospitalière?

Les services d'urgence accueillent quotidiennement, une variété considérable de problématiques, tant médico-chirurgicales que psycho-sociales. Les situations rencontrées sont extrêmement diverses de par leur nature et leur gravité. Ces services enregistrent aussi, depuis plus de 20 ans, une augmentation continue de leurs activités. En Belgique, une étude du collège des médecins spécialistes en soins d'urgence fait état d'une augmentation de 36% sur la période 1996-2000, pour un total d'environ 2 millions de passages en 2000. Cette évolution est le reflet tant des besoins des patients, que du paysage sanitaire.

Les patients âgés, atypiques ?

L'admission des personnes âgées est en constante augmentation. Ils ont un taux d'admission à l'hôpital supérieur à celui des personnes plus jeunes : une personne de 85 ans et plus a une chance sur deux d'être hospitalisée chaque année. Et, comme l'illustre l'histoire de Madame X, l'hospitalisation survient, chez nos aînés, le plus souvent lors de la rupture brutale de l'équilibre d'un état, en apparence bien stabilisé. Ainsi, leur hospitalisa-



tion se fait le plus souvent en passant par un service d'urgence (il y a peu d'hospitalisations programmées dans ce type de population). Par exemple, en 1996, 12,3 % de l'ensemble des patients admis dans le service des urgences des cliniques de Mont-Godinne avaient plus de 75 ans. Actuellement, ils représentent 22 % des patients admis. Les trois quarts de ces patients sont adressés aux urgences par leur médecin traitant, la moitié d'entre eux est hospitalisée.

En salle d'urgence, la prise en charge des patients âgés comporte des spécificités. La présentation des maladies est souvent rendue atypique par des modifications physiologiques liées au vieillissement, par la difficulté du patient à raconter son histoire clinique, par la coexistence de plusieurs affections chroniques et de leurs conséquences, et par les traitements en cours. Cette complexité explique qu'une personne âgée passe un temps plus long en salle d'urgence et que plus d'exams, comme les prises de sang et les examens radiologiques, sont nécessaires pour cerner le problème. En plus de cette présentation clinique particulière, de nombreuses questions éthiques peuvent survenir lors de l'admission



Jacky Delorme

—
En salle d'urgence, l'examen des personnes âgées sera souvent plus long, nécessitant plus d'exams pour cerner le problème.

prendre en compte les spécificités des personnes âgées, les orienter vers le service le plus adapté à leurs soins à la sortie des urgences constitue également un exercice difficile. Pour Madame X, un diagnostic va être posé en salle d'urgence ; les premiers soins donnés, elle sera hospitalisée dans le service de spécialité le mieux à même de répondre au problème qui se pose —dans ce cas, un service d'orthopédie. Est-ce suffisant ? Nous pensons que non, car il s'agit vraisemblablement d'une personne âgée dite «fragile».

Fragile, c'est-à-dire ? Lors d'une hospitalisation, il faut tenir compte des problèmes de santé multiples et chroniques, de la prise de plusieurs médicaments (en moyenne, cinq médicaments différents par jour), de problèmes éventuels de mobilité ou de nutrition. Un patient âgé hospitalisé court un risque accru de complications et, par conséquent, un séjour plus long qu'un patient plus jeune. De plus, pour beaucoup de personnes âgées, cet épisode d'hospitalisation aura des conséquences délétères en terme de fonctionnement, entraînant parfois un handicap. Après une hospitalisation, environ un tiers des personnes âgées ont perdu la capacité de réaliser seules certaines Activités de la Vie Quotidienne (AVQ). Elles vont nécessiter une période de révalidation ou l'instauration d'aide au domicile. Pour certaines personnes, rester à domicile ne sera plus possible et elles devront résider en maison de repos et de soins.

Après une hospitalisation, environ un tiers des personnes âgées ont perdu la capacité de réaliser seules certaines activités quotidiennes.

d'une personne âgée fragile dans un service d'urgence. Du fait de leur «succès» grandissant, les services d'urgence trouvent bien souvent leurs capacités dépassées. Ils sont confrontés à un manque de place et de moyens matériels et humains. La majorité des services d'urgence connaissent de manière chronique un engorgement de leur structure. L'accessibilité aux soins peut de ce fait se réduire. Le problème général et quotidien de l'allocation des ressources se pose à plusieurs niveaux dans tous les services d'urgence : allocation du temps, allocation des lits disponibles d'une part aux urgences, d'autres part aux services de spécialités ou aux soins intensifs et, enfin, allocation du matériel (il faudra décider par exemple quel patient bénéficiera du dernier monitoring de surveillance disponible). Comment, dans ce cadre, prendre en charge de manière optimale l'ensemble de ces personnes âgées fragiles ?

Pour une prise en charge globale

Une collaboration étroite entre le service de gériatrie et le service des urgences doit s'instaurer. En effet, si accueillir et traiter un patient âgé en salle d'urgence nécessite de

Pour les gériatres, ces personnes à risque d'événements défavorables sont dites «fragiles». Pour éviter et limiter ces événements négatifs, il faut une prise en charge adaptée, telle que celle proposée dans les services de gériatrie. En Belgique, des lits de gériatrie accueillent des patients âgés (moyenne d'âge supérieure ou égale à 75 ans), fragiles et présentant plusieurs problèmes de santé, et permettent aux équipes médicales et paramédi-



Reuters, New

Après une hospitalisation, environ un tiers des personnes âgées passent par une révalidation. Ainsi, rester à domicile n'est parfois plus possible.

mais elle nécessite plus de moyens humains qu'une unité classique. Les soins infirmiers sont plus exigeants en temps et l'équipe soignante est pluridisciplinaire, comprenant des ergothérapeutes, des kinésithérapeutes, des logopèdes, des psychologues, des assistants sociaux, etc.

Une fonction de liaison

Le «programme de soins pour le patient gériatrique» (arrêté royal du 29 janvier 2007) modifie les normes auxquelles doit répondre toute institution hospitalière pour être agréée. En plus d'un service de gériatrie, il reconnaît la fonction de liaison interne à l'hôpital, pour aider à la prise en charge des patients à profil gériatrique non hospitalisés en gériatrie. Il prévoit également une fonction de liaison externe vers les maisons de repos et de soins (MRS) et les coordinations de soins à domicile.

Le rôle de l'infirmier de liaison en gériatrie, en collaboration avec le gériatre, est essentiel et en plein développement. Il évalue les patients à risque de déclin fonctionnel qui seront hospitalisés. Pour ce faire, les services de gériatrie et des urgences ont développé des protocoles de prise en charge globale des patients âgés admis aux urgences ayant plus de 70 ans. Le but de ce protocole est le dépistage et la prise en charge précoce de tout patient âgé fragile admis à l'hôpital. Cette évaluation initiale signale en effet les problèmes qui risquent d'influencer l'évolution fonctionnelle du patient. Ainsi, un patient fragile pourra être admis directement en gériatrie. Si ce patient âgé est admis dans un service de spécialité (cardiologie, chirurgie,...), ce service pourra rapidement prendre en charge les problèmes fonctionnels signalés et, le cas échéant, faire appel pour avis au gériatre par l'intermédiaire de l'infirmier référent hospitalier. Ceci a pour but de diminuer la durée de séjour, d'éviter les ré-hospitalisations et de favoriser le maintien et le retour à domicile de ces patients.

Pour les patients de plus de 75 ans, admis aux urgences, qui ne nécessitent pas d'hospitalisation, le médecin traitant est contacté et un plan de sortie s'organise directement en collaboration (urgences, gériatrie, infirmier coordinateur et service social). C'est le rôle de la fonction de liaison externe.

L'intérêt d'un continuum à partir de la prise en charge aux urgences et d'une globalité dans la prise en charge à l'hôpital d'une personne âgée est évident. Même si les différents professionnels doivent agir localement, dans leur domaine d'expertise propre, ils doivent le faire en pensant globalement. Le processus de santé d'une personne âgée hospitalisée s'inscrit dans la continuité d'une histoire de la personne qui n'est pas seulement somatique mais psychique et sociale. Cette prise en

cales qui travaillent dans ces services de se consacrer aux diagnostics, aux soins et à la réadaptation fonctionnelle. Ainsi, dans une unité de gériatrie, le problème de santé qui amène la personne à l'hôpital est intégré dans une prise en charge globale. En effet, guérir la pneumonie avec des antibiotiques ne suffit pas si la personne guérie est trop affaiblie pour marcher et faire sa toilette seule. Réduire la fracture du col du fémur ne suffit pas si on ne traite pas les complications psychologiques ou sociales liées à la chute et si on ne revalide pas à la marche.

Guérir la pneumonie avec des antibiotiques ne suffit pas si la personne guérie est trop affaiblie pour marcher et faire sa toilette seule.

Une évaluation globale du patient âgé tient compte de cinq grandes dimensions : les problèmes de santé accumulés au cours de l'existence, les problèmes intellectuels (la présence d'une démence), les problèmes psychologiques, le contexte social, les problèmes d'autonomie. Cette prise en charge globale a montré son intérêt

charge globale continue nécessite une bonne connaissance des caractéristiques des patients âgés et une excellente collaboration entre les services.

Si les moyens techniques et informatiques et la volonté des intervenants permettent une meilleure collaboration, malheureusement trop peu de soignants aujourd'hui se forment dans les soins aux personnes âgées. Afin de mieux soigner nos aînés, à l'hôpital, au domicile, en maison de repos, il faut prendre la mesure des

manques. La Belgique vieillit, «c'est la seule façon de vivre longtemps». La santé des Belges âgés est meilleure, il n'en reste pas moins qu'une partie importante des personnes âgées sont fragiles, à risque de dépendance. Mieux coordonner leur soins, du domicile ou de la maison de repos vers l'hôpital et en sens inverse, est un enjeu majeur d'organisation sociale et de santé publique. ■

Les urgences : un carrefour de compétences

À l'entrée des urgences, la secrétaire accueille les patients avec un infirmier, identifie dans le flux des arrivants une situation sanitaire éventuellement précaire et alerte les soignants pour qu'ils lui réservent la priorité. L'infirmier d'urgence, qui bénéficie d'une formation complémentaire spécifique, sait et pratique les gestes de l'urgence et les recommandations en attendant un renfort médical. Le médecin urgentiste, quant à lui, a acquis une compétence et une expertise larges qui permettent la prise en charge efficace et adéquate de toutes les situations aiguës dans les diverses spécialités médicales, en assurant la gestion des flux multiples. Autour du patient se joignent les autres métiers de l'urgence médicale : ambulancier, assistant social, psychologue, brancardier, secrétaire, aide-soignant,...

Aucun autre service de soins ne gère en un lieu tant de flux: de patients, d'attentes, de plaintes, de demandes, de soignants, de générations, d'origines, de destinations, de soins, de fonctions. Programmer le non programmé ? Prévoir et organiser l'imprévisible ? Ce paradoxe apparent est une mission essentielle du service des urgences. Pour assurer à chacun des soins adéquats et de qualité, il emprunte à la médecine dite «collective» (l'accueil, la prise en charge et l'orientation de très nombreuses victimes) la gestion efficace des flux et le recours à des procédures formelles de diagnostic, de soin et d'orientation. Et confie, dans ce cadre, aux nombreux intervenants qui gravitent autour de chaque patient une large autonomie et un devoir de polyvalence, d'initiative et de communication.

Le consultant, qui propose un avis et un geste experts, ne s'y trompe pas et attend du service et de ses acteurs la

prise en charge globale du patient. Le fonctionnement surprenant -parfois peu ou mal visible- du chaos apparent du service des urgences est ainsi le fruit de la reconnaissance et du respect des compétences de chacun de ces intervenants (y compris du patient et des siens !). Et d'une lecture critique continue de ce fonctionnement... et de ses dysfonctions : rencontres fréquentes des nombreux métiers et acteurs du service, formelles et informelles, communications écrites et orales efficaces, collaborations cliniques et scientifiques continues. **Philippe Meert**

—
Autour du patient se joignent tous les métiers de l'urgence: médecin mais aussi ambulancier, assistant social, psychologue, brancardier, secrétaire, aide-soignant,...



Reuters, New

Une discipline

NÉE SUR LE TARD

Appeler le 100 est aujourd'hui un réflexe. Pourtant, l'assistance publique n'a pas toujours existé. La discipline est même récente. On doit son développement à quelques pionniers charismatiques.

La médecine d'urgence est une spécialité médicale récente dans notre pays. Sa naissance, comme celle de toute spécialité, est liée à deux facteurs. D'une part, une exigence d'expertise de la société confrontée à de besoins nouveaux, d'autre part, l'exemple de pionniers charismatiques.

Les besoins nouveaux d'abord. En 1956, une épidémie de poliomyélite sévit en Belgique. De nombreux patients souffrent d'insuffisance respiratoire et doivent être transportés à l'hôpital pour y être ventilés par des caissons artificiels. Deux ans plus tard, la loi du 8 avril 1958 sur l'organisation des Commissions d'assistance publique est créée. Elle oblige les communes à porter assistance à toute personne malade ou blessée sur leur territoire. Mais le fait que les routes nationales et provinciales appartiennent non aux communes mais à l'État va les obliger à trouver une solution à un problème croissant, les accidentés de la route.

Le 8 juillet 1964, le ministère de la Santé publique publie une loi qui organise l'aide médicale urgente autour d'une gestion des appels à partir de la voie publique par un numéro unique, le 900. Sur la base de cette loi, véritablement novatrice, s'opère une structuration de l'activité des ambulances et des services d'urgence autorisés à accueillir principalement les victimes de la route.

Ce système retire au patient le libre choix de la destination au nom de l'urgence, et oblige donc l'État à garantir la qualité de la prise en charge et l'expertise des intervenants: c'est la base de la formation obligatoire pour les ambulanciers. Encore faut-il que les structures hospitalières qui accueillent le patient à la sortie de l'ambulance donnent toutes les garanties de qualité médicale.

Les pères des urgences

La discipline doit également beaucoup à des pionniers charismatiques. En 1984 (!), le Professeur Terrier fait le constat suivant à l'assistance publique des hôpitaux de Paris : *«Actuellement, le blessé reçoit de suite les soins d'un interne de garde, je devrais dire d'un élève interne de garde... Ces élèves peuvent être des élèves en chirurgie ou en médecine, peu importe, paraît-il. Si l'opération d'urgence doit se faire la nuit, le personnel est réduit à son minimum. Or on sait que la vie des blessés dépend des soins immédiats, de la rapidité des interventions. Toute cette manière de procéder est, non seulement inacceptable, mais coupable.»*

Les récits des premières gardes de Robert Askenasi au CHU Brugmann durant les années 1960 ne racontent rien d'autre : patients en attente d'un traitement ou d'un médecin, infirmières à la recherche d'un spécialiste disponible, médecins responsables absents du service,... Robert Askenasi, jeune interniste, va vite comprendre qu'il faut prendre la barre du service, former les infirmiers et les médecins, informer les confrères et développer une approche de la médecine d'urgence orientée sur les priorités. Un livre de référence est écrit, dont le succès chez tous les médecins de garde témoignera de la pertinence.

De la même manière, et à la même époque, Herman Delooz, anesthésiste à l'hôpital universitaire de Louvain, vit les débuts d'une médecine plus intensive où le monitoring en est réduit à «laisser la porte de la chambre ouverte»... Mêmes problèmes, même décision: celle d'affecter de manière permanente à la structure d'accueil des urgences un responsable présent dans le service en charge de la structuration de l'activité médicale et infirmière et de l'organisation des flux de patients.

Loin de se laisser englober par la tâche, Delooz et Askenasi vont partager leurs expériences, fédérer les médecins confrontés aux mêmes difficultés, fonder une société scientifique belge (Société belge de médecine d'urgence et de catastrophe section francophone, BeSEDiM) et européenne (European Society of Emergency Medicine, EuSEM), élaborer un programme de réformes et convaincre la société de la nécessité de l'évolution proposée. Quarante ans plus tard, il est bon de rappeler que cela ne fut pas évident. ■

La loi de 1964 garantit la qualité de la prise en charge des patients et l'expertise des intervenants. Elle est à la base de la formation obligatoire des ambulanciers.



CAV Woluwe, Hugues Depasse



Louvain

À gauche, le généraliste (Marc Vanandruel), à droite, l'urgentiste (Marc Reynaert).

Maurice Einhorn

URGENTISTES, GÉNÉRALISTES : partenaires ou concurrents ?

Les urgences représentent, au-delà des relations personnelles pouvant les unir, un des principaux sujets de réflexion entre médecins généralistes et hôpitaux. D'où l'idée de faire débattre un médecin de famille bruxellois, le Dr Marc Vanandruel, et le chef du Service des urgences des Cliniques universitaires Saint-Luc, le Pr Marc Reynaert.

Dans un système de soins comme le nôtre, non structuré en niveaux bien définis, existent de nombreuses zones floues que plusieurs intervenants différents peuvent considérer comme leur terrain d'action normal. D'où des tensions chroniques et des débats fréquents. Les urgences médicales constituent une illustration parfaite de cette problématique. Nous avons réuni autour de la table, pour en parler, le Dr Marc Vanandruel, médecin généraliste à Woluwe et le Pr Marc Reynaert, chef du service des urgences des Cliniques universitaires Saint-Luc.

Tous deux sont orfèvres en la matière. Marc Vanandruel fait partie de plusieurs commissions et associations dont la principale est la FAMGB (Fédération des associations de

médecins généraliste de l'agglomération bruxelloise) et supervise le programme du poste des urgences de médecine générale, le CMGU, situé à côté de Saint-Luc. Marc Reynaert, interniste, intensiviste et urgentiste, dirige le Service des urgences depuis 15 ans. Il est actuellement en fin de mandat.

L'urgentiste assis entre deux chaises ?

«Entre généralistes et urgentistes, il n'y a pas tellement de conflits», explique d'emblée Marc Vanandruel. «Il y a plutôt une différence entre les patients qui se rendent de propre initiative à l'hôpital et ceux qui se rendent chez leur médecin traitant. Les rapports avec la plupart des hôpitaux sont plutôt bons, voire très bons. Les rapports entre MG et médecins spécialistes à Bruxelles sont en gros de bons rapports. Les médecins ont bien compris les principes d'une saine collaboration. Ce sont plutôt les patients qu'il faut rééduquer à cet égard.» Un point de vue que nuance quelque peu Marc Reynaert, même s'il estime comme son confrère que les rapports interpersonnels entre MG et urgentistes ne posent en général pas de problèmes : «On ne peut cependant pas en déduire qu'il n'y a pas de conflits : il existe bien des tensions et des conflits. Tout simplement parce que nous sommes sur le même terrain.» La délimitation du champ d'activité des urgentistes les amène à devoir parfois affronter les généralistes, mais également les autres spécialistes actifs au sein de l'institution hospitalière, confie le Pr Reynaert : «Pour nous, le problème est la définition et la reconnaissance du rôle de



CAV, Woluwe

— À côté des Cliniques Saint-Luc s'est ouvert un poste de garde de médecine générale. Une expérience positive, qui est déjà reprise à Charleroi.

l'urgentiste, qui est à l'interface de l'intrahospitalier et de l'extrahospitalier. Les difficultés éventuelles d'établissement de relations optimales avec les généralistes sont du même ordre que celles que nous éprouvons parfois avec les médecins spécialistes de l'hôpital.» Et de détailler la façon dont les services comme le sien sont nés, somme toute assez récemment, d'une nécessité, et ont connu rapidement un succès qui a dépassé toutes les attentes: «Le service d'urgences de Saint-Luc est né en 1976, conçu à l'époque pour recevoir 25 à 30 patients par jour. Nous en sommes actuellement à une moyenne quotidienne de 150 patients.»

La médecine d'urgence s'est fortement développée en quelques décennies à peine, mais il aura fallu attendre 1992 pour qu'elle soit reconnue comme spécialité à part entière. «Nous avons dû nous faire reconnaître et accepter, ce qui n'a pas toujours été facile. Et les choses ne sont toujours pas simples. Nous avons ainsi connu quelques tensions particulières au moment où l'initiative d'un brevet de médecine aiguë a été introduite», ajoute Marc Reynaert. Loin d'être à l'affût du plus grand nombre de cas, y compris les moins urgents, ce dernier précise qu'une des frustrations des urgentistes est précisément de ne pas faire uniquement les vraies urgences. «Cela nous gêne de devoir faire un type de médecine qui est de la compétence d'autres que nous, à savoir les médecins généralistes.»

La responsabilité des médecins

Marc Vanandruel insiste sur le fait que le mouvement vient surtout des patients. «Les médecins ont un peu dû suivre l'évolution de la société. La question est maintenant de savoir si on laisse les gens continuer à faire ce qu'ils veulent ou si on les réoriente d'une autre manière.» Marc Reynaert ne veut

cependant pas, lui, totalement dégager la responsabilité des médecins. Pour lui, il aurait fallu avoir bien plus tôt une réflexion sur ce qu'il est convenu d'appeler communément les «fausses urgences», terme qu'il réfuse pour sa part. La profession dans son ensemble et les autorités de tutelle n'ont pas porté d'attention à ce que les médecins engagés dans les urgences, urgentistes comme généralistes, voyaient constamment. «Nous avons assez rapidement constaté que 8 à 10% environ des patients s'adressant à nous utilisent de façon inappropriée notre temps et nos moyens alors qu'ils devraient être pris en charge à l'extérieur de l'hôpital. Il y a vraiment eu une très mauvaise écoute de certains responsables face à ce problème», insiste le Pr Reynaert. Il pense d'ailleurs que si l'on avait anticipé l'évolution actuelle, le problème serait déjà résolu, «avec la reconnaissance des compétences spécifiques, d'un côté, des MG et, de l'autre côté, des urgentistes».

«8 à 10% environ des patients s'adressant à nous utilisent de façon inappropriée notre temps et nos moyens.»

Aux Cliniques Saint-Luc, ce sont une bonne dizaine de patients par jour qui sont vus aux urgences et qui n'ont en réalité pas besoin de toute l'infrastructure (échographie immédiate, scanner, biologie clinique en urgence, etc.) qu'offrent celles-ci. «Nous essayons de faire un bon tri des patients pour repérer ces patients et les adresser au niveau qui est celui qui s'impose, c'est-à-dire celui des généralistes», explique le Pr Reynaert. D'autant plus, ajoute le Dr Vanandruel, qu'au-dessus de ces 8 à 10% de cas qui ne relèvent de toute évidence pas des urgences, on trouve encore quelques pourcents de patients qui pourraient malgré tout être pris en charge par un généraliste.

Le ministre Demotte a, il y a un certain temps déjà, introduit des mesures qu'il voulait dissuasives par rapport à ces recours non justifiés aux urgences hospitalières (forfaits, tickets modérateurs plus élevés). Marc Vanandruel et Marc Reynaert s'accordent parfaitement pour répondre que cela n'a pas changé grand-chose dans leurs pratiques respectives. Cela n'a pas induit un meilleur usage des urgences hospitalières. Le service du Pr Reynaert a continué à enregistrer, comme à l'accoutumée, une augmentation du nombre de patients qui y ont recours. «Rien que pour ces 3 premiers mois, nous sommes encore en croissance de 4,6%, et ce malgré le projet de poste de garde des urgences monté conjointement par Saint-Luc et les généralistes bruxellois, le CMGU, qui s'est ouvert à côté de l'hôpital et qui voit jusqu'à une vingtaine de patients par jour.» Les services d'urgence des hôpitaux sont accessibles 24 heures sur 24, une possibilité que n'ont pas encore les médecins en dehors de l'hôpital, et «c'est surtout cela qui attire les patients».

Quand les urgentistes de Saint-Luc estiment que le cas d'un patient ne relève pas de leur service, ils essaient de le convaincre de faire appel à son généraliste. «Nous devons systématiquement accueillir ces patients et, s'ils ne veulent pas suivre notre suggestion de recours au généraliste, nous sommes obligés de les prendre en charge.»



— Certains patients pensent qu'ils vont être mieux soignés à l'hôpital que par un généraliste, le plus souvent, parce que ce dernier n'a pas les «machines» nécessaires.

Plus de la moitié des 8 à 10% de patients évoqués plus haut, déjà rassurés parce que l'on a fait un premier examen, acceptent de recourir à leur généraliste ou un des confrères. Pour ce qui le concerne, le Pr Reynaert insiste sur un facteur relativement nouveau qui est la modification des exigences des patients lorsqu'ils arrivent aux urgences. Tel patient, influencé par la lecture d'un article ou par une émission, voire un feuilleton télévisé, exigera par exemple un scanner, persuadé que cet examen s'impose face aux symptômes qu'il présente : *«Il y a des domaines en médecine où on fait beaucoup de progrès dans les possibilités d'intervention à condition d'agir très rapidement. Et les patients savent très bien qu'il est important d'intervenir très tôt dans ces cas»*, précise Marc Vanandruel.

Une pression médiatique?

Les médias ont contribué à renforcer cette demande d'intervention très rapide lorsque le patient ressent sa situation comme urgente, *«alors que les gens ne se présenteront pas aux urgences pour des problèmes qu'ils savent chroniques»*, explique le Dr Vanandruel.

N'y a-t-il pas un problème d'image de compétence des médecins respectifs ? *«Il est vrai que certains patients pensent qu'il vont être mieux soignés à l'hôpital que par un généraliste qui a la compétence, mais le plus souvent n'a pas les 'machines'. Ils savent très bien que, la nuit, ils n'auront pas le professeur d'université, mais un assistant. Ils viennent néanmoins parce qu'ils savent qu'ils bénéficieront malgré tout de l'appareillage hospitalier»*, souligne le Pr Reynaert. *«D'ailleurs, poursuit-il, il arrive aussi que des patients nous disent qu'ils ne veulent pas être vus par un urgentiste, mais par un cardiologue, par exemple.»*

L'urgentiste souligne un autre aspect, fréquemment négligé dans les analyses du recours aux urgences : *«Il y a une certaine patientèle qui nous est adressée par la société parce que celle-ci n'en veut plus vraiment : vieillards, isolés, cas sociaux, SDF, psychopathes, ... La proportion de ces patients-là est loin d'être négligeable dans nos services. Et cela a sensiblement augmenté ces dernières années.»* Problème d'autant plus délicat que ces situations peuvent néanmoins cacher une pathologie organique. *«Il faut donc prendre ces gens en charge comme les autres malades.»*

Les patients qui font un passage aux urgences de l'hôpital n'abandonnent cependant pas *de facto* leur généraliste. Marc Vanandruel confie qu'il voit nombre de patients revenir chez lui après les urgences, précisément dans le but de centraliser tout ce qui a été fait. *«Et ce rôle de centralisateur des données et de conseiller en santé prend même de l'ampleur.»* Évolution que Marc Reynaert applaudit sans hésitation.

Éduquer le patient

Pour ce qui est des solutions au problème du recours inapproprié aux urgences, il faut rééduquer les patients, les convaincre de choisir un médecin de famille qui centralise toutes leurs données et coordonne les diverses interventions. On note certains frémissements à cet égard du côté des pouvoirs publics, mais on ne va pas assez loin dans ce sens. On peut agir dans le même sens aux urgences des hôpitaux lorsque des patients se présentent avec des urgences qui n'en sont pas vraiment. *«C'est comme cela qu'on agit au poste de garde. S'ils ont un médecin traitant, on renvoie le patient chez celui-ci; dans le cas contraire, on lui propose une liste de généralistes dans laquelle il peut faire son choix»*, note le Dr Vanandruel.

«Il faut rééduquer les patients, les convaincre de choisir un médecin de famille qui centralise leurs données et coordonne les interventions.»

Les gardes en médecine générale deviennent également un problème. Un nombre croissant de généralistes ne veulent plus être appelables 24 heures sur 24. Or les urgences à domicile relèvent indéniablement de la médecine générale. Comment en sortir ? Les postes de garde de médecine générale représentent indéniablement une des solutions possibles pour assurer les visites urgentes, avec des médecins volontaires, voire des médecins qui ne font que les gardes. *«C'est en tout cas maintenant qu'il faut y réfléchir pour déterminer ce que l'on fera dans quelques années»*, souligne Marc Vanandruel. *«Le problème de la permanence du non programmé est celui qu'il faut régler. C'est un problème global»*, renchérit Marc Reynaert.

Il serait peut-être temps d'entendre ces médecins et de ne plus se contenter de solutions bricolées à la hâte une fois que les problèmes se présentent dans toute leur acuité. ■



RTL TVI

La réalité, conforme à la fiction?

Une enquête menée pendant plusieurs années sur les spectateurs de la série américaine *Urgences* (photo) a permis d'analyser la manière dont la fiction télévisée a pu transformer les relations que les spectateurs de la série, lorsqu'ils devenaient des patients, entretiennent avec les services d'urgence. Deux conclusions se dégagent. La première concerne des aspects proprement cognitifs. La série repose en effet sur une documentation rigoureuse et précise du métier d'urgentiste. Or, on s'aperçoit que le réalisme de la série a engendré un sentiment de familiarité avec l'univers hospitalier. En entrant dans un service d'urgence, les téléspectateurs, devenus des patients, reconnaissent les gestes, le vocabulaire, les instruments: une partie des effets d'intimidation et d'hostilité liées à la présence dans un univers inconnu se trouve donc dissipée: la fiction a permis d'apprivoiser un milieu hostile.

La deuxième conclusion concerne des aspects moraux. La fiction propose une représentation idéalisée de l'éthique professionnelle des médecins qui, dans les premières saisons du moins, étaient moralement irréprochables. Or, l'idéalisation des personnages débouche plutôt sur une déception. Tout se passe comme si la série avait permis d'aiguiser, chez les patients, le sentiment de ce qu'ils se sentent en droit d'attendre des médecins et

des infirmières. Ils comparent le personnel auquel ils ont affaire aux héros idéalisés de la série. Ils regrettent alors que le personnel soignant n'ait pas toujours l'humanité des médecins de la série. «*Un médecin comme Marc Greene, j'aurais bien aimé en rencontrer*», dit par exemple une spectatrice. Alors qu'il s'était habitué à entretenir avec les médecins imaginaires de la série une relation de familiarité confiante, le patient se retrouve brutalement renvoyé à une relation d'autorité qu'aucune connivence ne vient adoucir.

La fiction fonctionne alors comme une promesse relationnelle non tenue, qui se fige dans une réaffirmation, parfois glaçante, de la situation de dépendance morale, physique et affective que constitue l'expérience de la souffrance et de la maladie. Les conclusions de cette enquête sont donc importantes. Elles montrent que si les spectateurs ne confondent jamais la réalité et la fiction, en revanche, ils se servent de la fiction pour analyser leur expérience personnelle. La fiction fournit des éléments de comparaison à l'aune desquels l'existence ordinaire est réexaminée. Parce qu'elle présente, du moins dans les premières saisons, des standards élevés de perfection professionnelle de type humaniste, cette fiction a conduit les téléspectateurs à affiner la nature de leurs exigences normatives. **Sabine Chalvon-Demersay**

SALLES D'AUDIENCES ET SALLES DE SOINS : la même urgence ?

Une victime de la route bénéficie des soins des urgences hospitalières, puis des faveurs de l'urgence judiciaire (le référé) lui permettant d'accélérer le processus de réparation de son préjudice. Quelle perception gardera-t-elle des deux services d'urgence? Logiques communes ou divergences d'approche? Regards croisés d'un juriste et d'un médecin, à l'heure où médecine et droit sont de plus en plus souvent amenés à se rencontrer autour de grandes questions de société.

CAV, Woluwe / Hugues Depasse



Justice et médecine, tant et plus sollicitées, réfléchissent à leur optimisation. Les services des urgences adaptent, par exemple, leurs ressources humaines et leurs infrastructures.

L'urgence judiciaire se mérite. Il ne suffit pas de la ressentir, ni de l'exprimer, pour en obtenir le bénéfice. On n'investit le prétoire de l'urgence qu'en cas de menace d'un préjudice grave, justifiant une décision immédiate. Est-ce à dire que les lenteurs de la justice justifieraient, à elles seules, le recours au référé ? Aurait-on trouvé le remède providentiel à l'arriéré judiciaire qui a récemment valu à la Belgique une condamnation par la Cour européenne des droits de l'homme, puis par sa propre Cour de cassation ?... Assurément non, sauf à priver l'institution de la célérité requise par les cas réellement exceptionnels. À charge donc pour le justiciable de prouver que son dossier est de ceux-là et

que l'urgence constatée ne résulte pas de son incurie. Si l'accès aux urgences judiciaires n'est guère aisé, c'est donc qu'il est frappé du double sceau de l'égalité entre justiciables et de l'auto-préservation de l'institution.

La différence entre droit et médecine est ici réelle, et s'explique aisément. Tout d'abord, il s'avère impossible, en médecine, de déterminer si la plainte relève bien des urgences sans d'abord l'investiguer et poser un diagnostic. En outre, la complexification des problématiques psycho-sociales et le vieillissement de nos populations peuvent transformer des situations médicales mineures en «urgences médico-sociales».

Les portes des urgences doivent donc rester ouvertes à

—
Face à un péril grave, en salle d'audience comme en salle d'urgence, médecine et justice n'ont rien d'expéditif. Toutes deux requièrent célérité et expertise.



Reuters, Yves Herman



Reuters, STR New

toute urgence réelle, même mineure. Mais la tentation est grande, pour les patients et pour certains médecins, d'instrumentaliser, de dévoyer, les urgences. On constate ainsi que l'activité de la plupart des services d'urgences s'intensifie constamment. Il s'impose donc de revoir les systèmes de prise en charge en vue de rencontrer les problèmes posés sans sacrifier l'efficacité et la permanence des soins.

Prouesses

S'il admet l'urgence, le juge des référés réserve à l'affaire un traitement rapide, voire fulgurant. Mais justice rapide ne doit pas être justice hâtive. Les appréciations et balances d'intérêts requises pour enrayer le péril grave requièrent, en fait comme en droit, une grande circonspection. Car les mesures demandées revêtent elles-mêmes, de par leurs effets, une grande gravité sociale, économique, familiale, politique et médiatique. C'est dire le mérite de ces magistrats de l'instantané qui, toutes affaires cessantes, parviennent à «faire dans la dentelle». C'est en référé que se sont plaidées les affaires «Générale», «bruits d'avions», «Francorchamps», «Google», et bien d'autres encore, anonymes et délicates, comme l'interruption d'une grève, l'empêchement de rapt parentaux ou encore le retardement de l'expulsion d'un étranger.

Parallèlement, la médecine d'urgence, dévolue à la prise à charge immédiate de situations de détresse vitale, n'a rien non plus d'expéditif. Elle requiert la combinaison de la célérité et de l'expertise. Comme dans le domaine judiciaire, l'urgence expose le sort de la personne. Les situations de détresse médicale extrême représentent moins de dix pour cent du quotidien du médecin urgentiste. Il faut souligner la prouesse de ces équipes soignantes qui peuvent, concomitamment à la prise en charge des autres patients, exercer des soins urgents de haute performance et accompagner l'individu et son entourage. Gérer le décès d'un patient au service des urgences demande un espace-temps ainsi qu'une disponibilité physique et psychologique insoupçonnée. Ce travail de funambule sur le fil tendu de la vie forme l'un des plus beaux défis des soignants de l'urgence.

Définitivement provisoire

Qu'est-ce qui fait la spécificité de l'ordonnance de référé par rapport aux décisions sur le fond ? Si ce n'est pas sa qualité, serait-ce sa portée ? Le Code judiciaire énonce que la première, à la différence des secondes, ne statue qu'au «provisoire». La règle est double. Elle signifie d'abord que l'ordonnance de référé ne jouit pas de l'autorité de chose jugée, si bien qu'elle pourra être démantelée par tout juge ultérieurement invité à se prononcer sur le litige. Toutefois, en pratique, l'ordonnance de référé-



ré n'est souvent suivie d'aucune autre intervention judiciaire. Elle signifiait ensuite que le juge des référés ne pouvait se prononcer sur les droits en litige. L'imparfait est de mise car, depuis vingt ans, la jurisprudence admet que, sur le constat d'évidences, le juge des référés peut investir le cœur du litige, se livrer aux mêmes appréciations et prendre les mêmes mesures, que le juge du fond. Ce n'est qu'en l'absence d'apparences patentes que ce dernier reprend la main.

C'est donc plus la forme que la substance qui fait l'originalité de l'urgence judiciaire. La circonstance que le justiciable se voit déjà prodiguer d'autres soins judiciaires ne l'empêche nullement d'intervenir. Peu importe que l'affaire soit ou non déjà portée devant le juge du fond, qu'elle fasse l'objet d'une instruction pénale, ou d'un procès à l'étranger. L'urgence vaudrait même entorse aux «bonnes manières judiciaires». On désigne par là le délestage, en référé, des garanties du procès équitable issues de la Convention européenne des droits de l'Homme, tels le respect des droits de la défense, l'égalité des armes, le principe du contradictoire et l'obligation de motiver les décisions. Mais il faut raison garder. On peut admettre l'assouplissement du protocole au nom de l'urgence, mais on conçoit mal que les droits de l'Homme soient sacrifiés sur l'autel de la célérité. Justice rapide, oui. Justice expéditive, non.

LE MOT POUR LE DIRE

Maurits Van Overbeke

Urgence

Malgré l'assonance phonétique ou l'association d'idées, l'*urgence* n'a pas de rapport sémantique avec la deuxième partie du mot *chir-urgie*, lequel signifie plutôt le travail (*ergon, ourgia*) de la main (*kheir-*). On voit par là qu'à l'origine le *chir-urgien* était un «travailleur manuel». Il l'est largement resté, même si ses mains sont désormais prolongées par une panoplie d'instruments, dont le bistouri n'est que l'outil de base.

Urgent provient du lat. *urgere*, pousser, serrer, presser. Ce dernier verbe permet d'apercevoir encore aujourd'hui le lien ancien entre le geste d'appui, de *pression*, et la chose qui ne souffre pas de délai, qui commande de «faire fissa». Car il possède la valeur transitive (*presser un citron*), réflexive (*se presser* = se hâter) et intransitive (*ça presse* = c'est urgent, ça urge). Quand une cause exige la promptitude, la prestesse, il est sage de *s'empresser* ou de *presser* le pas, bref, de faire diligence. Dès lors, parmi les nombreux mots faciles qui jouent sur le rapport entre *pression* et *urgence*, il y a celui stigmatisant la *presse* comme le milieu par excellence de gens *pressés*, l'*urgence* y étant souvent l'excuse de l'à-peu-près. Par ailleurs, dans un domaine plus banal soumis aux lois de la digestion, chacun connaît les besoins *pressants* dont l'*urgence* échappe uniquement au bébé en couches-culottes, celui dont la publicité nous assure que «même mouillé il est sec».

Depuis le 18^e siècle, l'essor prodigieux de la médecine a doté l'*urgence* d'une acception plus *pressante* encore, l'intervention précoce garantissant souvent les meilleures chances de guérison, voire de survie. Aussi, les hôpitaux modernes disposent-ils en général d'un service où sont accueillies et traitées les *urgences*, pluriel définissant par métonymie à la fois le service et les patients qui y sont admis. En ce cas, l'anglais préfère *emergency*, mot dénotant d'abord un surgissement soudain – on y lit encore l'origine romane *émergence* –, mais qui indique en matières de soins de santé une *urgence*, avec le traitement prioritaire qu'elle impose.

Dans l'ordre des dérivés, outre *urger*, *urgence*, *urgement*, *urgentissime*, on notera le néologisme *urgentiste*, terme qui désigne depuis une vingtaine d'années le médecin du Samu, celui qui se rend sur place en ambulance toutes sirènes hurlantes ou qui pratique l'intervention *urgente*. Vu le vieillissement de nos populations, il est à craindre que de telles *urgences* soient vouées à une croissance exponentielle. Au fait, qui a dit que la vie est une succession d'urgences dont seule la fin n'est pas *pressée* ? ■

Un temps de passage

«L'urgence, c'est une question de temps; on ne peut pas attendre, il faut que cela aille vite.» Dans nos pays industrialisés, le temps occupe une place particulière. Nous agissons essentiellement dans le présent. Un présent qui est instantané, immédiat, plutôt qu'un moment d'éternité.

Une série d'éléments concourent à entretenir le «tout tout de suite». Les moyens de communication, notamment, qui, par leur performances, peuvent parfois entretenir l'illusion d'une réponse immédiate (puisqu'il y a connexion). La place de l'argent également, de plus en plus importante dans les décisions (et «le temps, c'est de l'argent»...).

Le temps repose sur une perception subjective, individuelle; c'est pour moi que cela va vite ou lentement, que c'est une urgence. Le développement de l'individualisme dans notre société amène un recours accru à l'urgence. S'il y a des services, c'est pour «moi» qu'ils sont là et je peux donc en bénéficier.

Au-delà de ce contexte large, c'est cependant dans le contexte particulier d'une personne que l'on trouvera les raisons de l'émergence d'une situation amenant l'urgence. Un système fonctionne autour d'un équilibre; si, pour une raison, il est mis en crise, soit un changement est possible, soit il se réorganisera comme avant mais doté d'une rigidité plus grande.

Ces situations de crise sont un enjeu important en urgence. Bien prises en compte, elles permettent de faire en sorte que le futur tienne compte du passé. Confronté à la perception des intervenants qui tentent de ne pas confondre «urgence et précipitation», le temps de l'urgence (et de l'attente) doit être un passage et non un arrêt. **Dr Benoît Gillain**

Urgences psychiatriques et interventions de crise,
Michel De Clercq, De Boeck & Larcier, 1997.

L'urgence médicale est souvent qualifiée de prise en charge médicale non programmée. La portée des examens, des diagnostics posés et des traitements proposés n'est que rarement transitoire; elle s'inscrit dans l'histoire de la maladie chronique de l'individu. Elle révèle soit sa résistance à une thérapeutique bien conduite, soit la nécessité de redéfinir une nouvelle approche thérapeutique. Chez un individu en bonne santé, un incident aigu peut souvent trouver aux urgences sa résolution définitive.

Pas plus que l'urgence judiciaire pour le juge des référés, l'urgence médicale ne permet au médecin de s'affranchir des «lignes de bonne conduite médicale». Elle fonde le praticien à réquisitionner sans délai, et à bon escient, les ressources appropriées. La déontologie ne peut s'effacer au prétexte de la précipitation. Il se conçoit par contre d'aménager consensuellement des procédures de soins adaptées aux impératifs de rapidité et d'efficacité de l'urgence.

Juguler l'hémorragie

L'institution date du 14^e siècle mais le devenir du référé judiciaire inquiète. Ce ne sont pas tant les abus que son asphyxie. Complexification du vivre ensemble, atomisation des lois, consumérisme procédural, culture du «tout tout de suite», ... la procédure d'urgence tiendra-t-elle le choc? Sa pérennité tient au défi de lui ménager son statut de régime dérogatoire, sauf à mettre en péril les pathologies juridiques d'exception pour le traitement, ou la prévention, desquelles elle est conçue. La viabilité du système relève surtout de la responsabilité du législateur. La sempiternelle question des moyens, évidemment... Mais ne rêvons pas. Le réalisme appelle une réflexion sur une fâcheuse tendance à la multiplication éparpillée des procédures «comme en référé». Il s'agit de situations, jugées dignes d'une sollicitude renforcée, dont la loi présume l'urgence aux fins de les gratifier de plein droit de la cadence accélérée du référé. Bon nombre de ces législations de circonstance n'ont, à ce jour, reçu que de rarissimes applications. L'expérience apprend aussi que l'urgence présumée ne serait souvent pas justifiée. Il en résulte une surcharge qui détourne les juges de l'urgence de leur mission primordiale. Une hémorragie à juguler... d'urgence.

L'urgence médicale joue aussi son avenir. Le nombre croissant de patients mobilisant les services d'urgences suscite les mêmes réflexions sur la réponse à apporter à cette société qui, tant et plus, sollicite la médecine comme la justice. Pour offrir une qualité de soins optimale, les services d'urgence adaptent leurs ressources humaines et leurs infrastructures. Ils développent une recherche spécifique orientée vers leur optimisation. L'expansion du consumérisme, un individualisme croissant, la mobilité accrue dans le travail, et le développement de la médecine, ne laissent pas entrevoir un tassement du phénomène «urgences».

Il s'impose à tous les acteurs concernés (médecins généralistes, médecins urgentistes, politiques) d'amorcer un état des lieux des alternatives aptes à infléchir la tendance et à préserver la médecine d'urgence de la précipitation. ■

POUR ALLER PLUS LOIN...

... À L'UCL

Le Master complémentaire en médecine d'urgence

Ce programme de 2^e cycle a pour objectif de préparer les médecins à l'agrément comme titulaire du titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine d'urgence.

→ www.uclouvain.be/prog-2007-murg2mc

... SUR LE WEB

- Le Service d'urgence des Cliniques universitaires Saint-Luc : www.saintluc.be/hospitalisation/dpts-serv/urgences
- Les Urgences des Cliniques universitaires de Mont-Godinne : www.uclmontgodinne.be/urgences
- Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) : <http://kce.fgov.be>. Il contient notamment un rapport sur le forfait urgence.
- Emerbel, portail spécialisé pour les Services d'urgence belges : www.emerbel.org
- Société Française de Médecine d'Urgence : www.sfm.org
- European Society for Emergency Medicine (EUSEM) : www.eusem.org
- National Centre for Emergency Medicine Informatique (NCEMI) : www.ncemi.org
- Emergentology : www.emergentology.com
- Adren@line : www.adrenaline112.org
- Anesthésie, réanimation et médecine d'urgence sur Internet : www.invivo.net
- Urgence pratique, la revue des acteurs de l'urgence : www.urgence-pratique.com
- Vlaamse vereniging verpleegkundigen spoedgevallen-zorg vzw : www.vvvs.be

... DANS LES LIVRES

Généralités

- Jean Penneff, *Les Malades des urgences*, Editions Métailié, Paris, 2000.
Les malades des urgences prolongent L'hôpital en urgence (Métailié, 1992), monographie d'un hôpital de la région nantaise. Cet ouvrage était centré sur le travail et les travailleurs, celui de 2000 privilégie le point de vue de certains usagers de l'hôpital. Le terrain est, cette fois, principalement parisien, avec l'étude des urgences et de leurs salles d'attente à la Pitié-Salpêtrière (Paris), Beaujon (Clichy) et Ambroise-Paré (Boulogne). [Extrait de la revue française de sociologie, www.jstor.org]



- D. Meyniel, *Le couloir des urgences*, Livre de Poche, 2005.

Ce livre est un témoignage très émouvant sur la vie d'un service d'urgence. Les histoires et anecdotes racontées dans ces pages sont toutes authentiques et offrent au lecteur un regard insolite sur les coulisses de l'hôpital.



- F. Garden-Brèche, J. Roullier, *États d'urgences : 24 heures dans un service d'urgence*, Édition J'ai Lu, 2003.
Ce livre témoigne du métier, si particulier, des urgentistes qui affrontent des risques qu'aucun responsable politique n'est prêt à assumer. Être urgentiste, c'est se confronter au tout-venant, prendre en charge les détreesses quotidiennes, misère, violence, alcoolisme et, pour aller droit à l'essentiel, avoir une bonne dose d'instinct, d'intuition.
- S. Davin, *Urgences et ses spectateurs, la médecine dans le salon*, Édition L'Harmattan, 2007.
- N. Aubert, *Le Culte de l'urgence. La société malade du temps*. Paris, Flammarion, 2003.
- X. Emmanuelli, *Un homme en état d'urgence*, Éditions Hachette, 2005.

Spécialisés

- M. De Clercq, *Urgences psychiatriques et interventions de crise*, De Boeck & Larcier, 1997.
- N. Dodier, A. Camus, «L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital», *Annales. Histoire, sciences sociales*, (4), 1997, 733-763.
- N. Dodier, A. Camus, «L'hospitalité de l'hôpital : l'accueil et le tri des patients aux urgences médicales», in *Communications*, (65), 1997, 109-119.
- F. Thys, M.S. Reynaert, «La place du service des urgences dans le système des soins de santé : patients ou impatients ?», in *Louvain Médical*, 1997.

Pour le droit :

- G. De Leval, «Le référé en droit judiciaire privé», *Act. dr.*, 1992.
- J. Englebert, H. Boularbah (dir.), *Le référé judiciaire*, Bruxelles, Ed. du Jeune barreau de Bruxelles, 2003.
- J.-Fr. Van Drooghenbroeck (dir.), *Les actions en cessation*, Formation permanente CUP, vol. 87, Bruxelles, Larcier, 2006.
- J.-Fr. Van Drooghenbroeck, «Référé et procès équitable», *R.C.J.B.*, 2006.