

AVEC LA MÉDECINE DE VILLE À REPENSER

urgences hospitalières

Cependant, cette réflexion est à penser en matière de politique de santé publique, de planification de l'offre de soins, d'économie de la santé... C'est donc un volet politique et économique sur lequel l'utilisateur n'a pas directement prise.

Les trois acteurs des services des urgences : le personnel, les patients et leurs accompagnants

Le personnel des urgences vit en collectivité dans un lieu confiné. De ce fait, il est en interaction continue avec ses pairs. Ce personnel est multiple : il va de l'ambulancier au policier, de l'aide soignante au médecin, du brancardier à l'agent administratif pour assurer un travail de groupe, en relais tout au long de la prise en charge du patient et garantir l'objectif de transition propre aux urgences : accueillir, trier et faire sortir le patient vers le service correspondant. Il existe bel et bien un caractère unique du travail collectif au sein des services des urgences.

En effet, le patient des urgences est souvent brutalement tiré de sa vie extérieure et subit sa présence dans le service. Il lui faut donc s'habituer à un univers médical codifié dans lequel son rapport intime à soi et ses manières traditionnelles d'être avec les autres vont être mis à mal. En effet, la cohabitation et la promiscuité avec des inconnus peuvent poser des problèmes liés à la pudeur. Dans un service d'urgence, faire un examen complet nécessite que le patient soit déshabillé.

En effet, le service des urgences impose par son organisation une promiscuité entre les membres du personnel et une nécessité de coopérer et de cohabiter pendant la période de travail.

Puis, l'équipe du personnel est garante de l'organisation des urgences et la moindre erreur commise dans ce processus peut amener à perturber l'ensemble de l'organisation. Ainsi, leur travail repose sur les valeurs de confiance, de communication, d'efficacité, pour assurer la bonne coordination de leurs actions. De même, le travail en groupe impose une adaptation des cadences individuelles au rythme collectif.

En ce qui concerne le rythme de travail, le rapport au temps est une caractéristique forte du travail des urgentistes. En effet, le personnel des urgences est entièrement dépendant du flux aléatoire d'arrivées des patients. Il est alors confronté à un rythme de travail très irrégulier et imprévisible. Ce rythme alterne entre des moments intenses mêlant vitesse et stress, et d'autres moments plus calmes où le personnel peut se retrouver parfois inactif. De ce fait, il doit ainsi constamment s'adapter et répartir ses ressources (tantôt insuffisantes, tantôt inutiles) pour répondre au mieux au flux de patients qui arrivent. Le personnel a du mal à subir patiemment cette discontinuité de son rythme de travail et tente d'estimer les probabilités d'accélération des flux en se basant sur des statistiques. Aujourd'hui, les analyses d'activité et les comparatifs inter-hospitaliers permettent d'avoir une projection de l'activité prévisionnelle selon l'heure de la journée (disparité en journée, soirée, nuit profonde) par jour (disparité entre les jours ouverts

et les week-ends), par mois selon les saisons par exemple (traumatologie hivernale, épidémie de grippe...). Ces anticipations sont leur seul moyen d'une tentative de «maîtrise du temps». Cette organisation en dents de scie est difficilement perceptible par les usagers qui n'ont pas un regard global de l'activité du service. Ainsi, il existe un réel décalage de vécus, de rythmes, de perceptions du service entre le personnel et les différents usagers des urgences qui crée nombre d'incompréhensions.

De même, le personnel des urgences est en interaction continue avec les usagers qui sont admis à l'intérieur du service. Ainsi, chacun de leurs gestes, parole, action est épié, observé par un usager souvent inactif. Il faut noter que comme dans tout travail, le personnel développe une vie sociale avec ses pairs. Une telle promiscuité de travail crée forcément des affinités ou des tensions qui resurgissent dans le travail.

Ainsi, les personnels des urgences s'échangent, entre eux, fréquemment des blagues, des remarques de la vie personnelle. Seulement, l'utilisateur assiste à cette vie sociale qui peut être totalement en décalage avec son vécu.

Enfin, le propre des urgences est qu'il soumet son personnel à un stress non négligeable. En effet, les équipes soignantes et médicales font face à de nombreuses difficultés au quotidien qui génèrent chez elles un stress important. Les contraintes de temps, la proximité avec la maladie et la mort et l'anxiété des patients et de leurs familles rendent l'environnement de travail des soignants relativement anxiogène. Ils apprennent, via leurs études et au cours de leur carrière, à gérer le stress lié à la cadence soutenue et au soin technique, de sorte qu'il se transforme en un «bon» stress. Cependant, la tension due au relationnel difficile avec certains patients et familles semble nettement moins bien vécue. En effet, cette part importante de leur travail est complexe puisqu'elle engage chez le personnel davantage d'investissement de sa personne. Par ailleurs, les services d'urgences sont particulièrement exposés à la violence à travers les agressions (verbales et physiques) subies par le personnel. Elles peuvent être liées à la pathologie des malades (alcoolisation, psychopathies...), aux conditions d'accueil (délai d'attente, pics d'activité) et souvent à l'entourage des patients. La sécurité a ainsi été renforcée afin de protéger le personnel de ses agressions, et notamment via l'ajout d'une vitre à l'accueil séparant les agents des usagers. Or, ces mesures, renforçant la prise de

distance entre personnel et usagers, ne communiquent-elles pas dès l'accueil une méfiance envers l'utilisateur ?

Cette condition est-elle propice à asseoir une relation sur une base de confiance ? Dans l'idéal, il s'agirait de pouvoir réfléchir à l'inverse. Comment atténuer le stress des patients et des familles de sorte à diminuer le nombre d'agressions ? Quant à l'acteur patient, il y a une grande diversité peuplant les services d'urgence, mais sur le plan purement médical, il est d'usage de les classer en deux grandes catégories. D'abord, les patients au niveau de gravité le plus élevé connaissent un circuit long. Généralement, ces patients arrivent via un transport type ambulance ou le SAMU ou par leurs propres moyens aux urgences. Étant prioritaires, leur prise en charge est immédiate et ils ne devraient pas connaître de temps d'attente très long. Cette catégorie de patients correspond à 15%.

La deuxième partie, majoritaire, emprunte le circuit court des urgences. Ce sont des patients dont le pronostic vital n'est pas engagé. Ils arrivent la plupart du temps par leurs propres moyens. À noter que les patients choisissent souvent la proximité du service, ignorant que chaque service a en réalité une spécialité qu'il faut prendre en compte. Ce choix peut générer une attente plus longue ou un déplacement secondaire.

Aussi, l'ordre de prise en charge du patient est souvent une source de tensions. Ainsi, le patient des urgences a également sa propre interprétation de son urgence. Dans l'imaginaire populaire, il est admis que de plus en plus, ce qui est urgent, c'est «ce que les usagers définissent comme urgent». Seulement, contrairement aux autres institutions, ils ne sont pas pris en charge en fonction de l'ordre d'arrivée, c'est le niveau de gravité qui est le critère qui fait loi. Cet ordre de prise en charge est une source permanente d'incompréhension et de conflit entre personnel et usagers. Cette subjectivité populaire caractérise l'attitude de l'utilisateur des urgences comme étant «égocentrée». À son arrivée, il est focalisé sur sa propre douleur, sa souffrance personnelle, son angoisse et éprouve beaucoup de difficulté à prendre en compte celle des autres. La salle d'attente semble constituer un passage brutal à la prise en considération des autres par le

patient n'a aucun repère temporel qui pourrait l'aider à se projeter. Il vit une attente sans organisation spatiale, sans queue (chaîne d'attente), sans ticket d'arrivée, qui ne lui donne aucune emprise sur le temps.

Il existe une relation à soi et aux autres vraiment mise à mal. En effet, le patient des urgences est souvent brutalement tiré de sa vie extérieure et subit sa présence dans le service. Il lui faut donc s'habituer à un univers médical codifié dans lequel son rapport intime à soi et ses manières traditionnelles d'être avec les autres vont être mis à mal. En effet, la cohabitation et la promiscuité avec des inconnus peuvent poser des problèmes liés à la pudeur. Dans un service d'urgence, faire un examen complet nécessite que le patient soit déshabillé. Or, dans les cas de forte affluence, le respect de la pudeur peut être entravé et la situation devenir un réel calvaire pour le patient. De même, la routine de certains gestes pour le personnel peut l'amener à oublier ou à négliger la difficulté qu'a un malade à dévoiler son intimité. Cette question de la pudeur dans les hôpitaux est d'ailleurs un sujet d'actualité qui fait débat dans les médias. Certains médecins et patients dénoncent le port hospitalier d'une chemise, certes facilitant la réalisation des gestes soignants, mais qui dévoilent l'intimité des patients. Le personnel avoue lui-même, à regret, qu'aux urgences, le respect de l'intimité, mais aussi la confidentialité de certaines paroles sont parfois difficiles à respecter. Enfin, le patient qui arrive aux urgences apporte également son lot de soucis liés à sa vie extérieure. Manquer un rendez-vous, retarder son travail ou ne pas pouvoir aller chercher ses enfants à l'école sont des préoccupations majeures pour le patient qui intègre les urgences au dépourvu. Or, le personnel, préoccupé prioritairement par son état de santé, n'a souvent pas le temps, ni l'esprit de s'occuper de ces détails.

C'est alors que l'accompagnant peut être d'une grande aide pour subvenir aux besoins «primaires», externes et sociaux de la personne malade.

Enfin, la troisième catégorie d'acteurs, l'accompagnant, car les personnes admises aux urgences sont souvent accompagnées ou rejointe par un ou plusieurs de leurs proches. Ils peuvent être des personnes de la famille, des amis, des collègues de bureau ou plus

On aurait tendance à rejeter principalement les problèmes organisationnels sur l'utilisateur, du fait de sa mauvaise volonté à comprendre. Cela traduit clairement une exaspération des personnels et probablement aussi un manque de prise de conscience de leur part, quant à l'opacité du fonctionnement de leur service. N'y aurait-il pas une autre façon de faire comprendre le fonctionnement du service aux usagers ?

patient. La promiscuité l'invite à sortir de cette posture égocentrée pour accepter d'envisager le mal-être d'autrui.

De même, la période d'attente qui découle de cet ordre de prise en charge est souvent difficilement vécue par l'utilisateur. En effet, cette typologie d'attente est particulièrement stressante puisque le

rarement un inconnu ayant porté secours à la personne souffrante. Inutile de préciser que leur présence augmente la population des urgences et accentue donc le phénomène de cohabitation et ses conséquences vues précédemment.

Suite en page 10