

*Suite de la page 9*

Ces accompagnants sont présents aux urgences pour assister le malade, le rassurer par leur présence, le surveiller, mais aussi avoir des informations en direct sur son état de santé. À l'intérieur du service, ces accompagnants connaissent la même part d'angoisse que les patients concernant l'attente et le manque d'emprise sur le temps. Bien qu'étant des usagers indirects, ce sont un groupe d'usagers que le service doit prendre en compte. Cependant, on va voir que leur rôle et leur place dans les services d'urgences gagneraient à être mieux définis.

En effet, en ce qui concerne le rôle des accompagnants, lorsqu'ils sont avec le patient : ils arrivent aux urgences, ils sont accueillis au pôle administratif où on les renseigne sur l'heure d'arrivée et, quand cela est possible, sur l'état de santé du patient. Ensuite, l'expérience de l'accompagnant semble dépendre entièrement du service dans lequel il est accueilli. Existe-t-il concrètement un cadre légal concernant la place et le rôle d'un accompagnant au sein d'un service d'urgences ?

Les codes de la santé publique de nombreux pays européens fournissent des indications aux soignants (médecins et infirmières), les principales références législatives encadrant leur profession.

Dans ces codes, les articles régissant les relations avec la famille ou l'entourage du patient sont peu nombreux.

Ce n'est qu'en 2002, en France, avec la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qu'on commence à reconnaître le rôle de l'accompagnant auprès du patient. La nouvelle loi autorise chaque personne à choisir et désigner librement une «personne de confiance» de son entourage.

Cette mesure vise principalement à orienter le corps médical vers une personne référente si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté. Il s'agit d'une modification majeure qui permet de donner une certaine légitimité à l'accompagnant auprès des soignants. Son avis est pris en compte et sa place auprès du patient est justifiée.

Or, faute de temps, et n'étant pas dans un contexte d'hospitalisation, la procédure de désignation d'une personne de confiance est rarement établie au sein des services d'urgences. Faut-il alors conclure qu'en l'absence de ce document signé, le personnel peut se passer d'intégrer l'accompagnant ? La question se pose puisqu'aux urgences, aucune autre réglementation n'encadre cette relation entre le patient, son accompagnant et le personnel. La volonté d'intégrer ou non l'accompagnant est alors entièrement tributaire du projet de soin formulé par chaque service. On trouve donc une grande disparité concernant l'accueil des accompagnants, leur rôle et place au sein des différents services d'urgences. Pour une situation identique, dans un service on pourra accueillir l'accompagnant à l'intérieur pour tenir compagnie à son proche, alors que dans un autre on lui demandera de patienter, voire même de rentrer chez lui jusqu'à ce qu'on lui donne des nouvelles. Cela dépend de la volonté et des valeurs de l'institution.

L'accompagnant est un repère pour le patient. Il apparaît comme étant un des

acteurs qui peut contribuer à l'amélioration des relations du patient avec l'institution de soins et de santé. Reconnaître l'accompagnant, c'est une façon complémentaire de reconnaître le patient en tant que personne et respecter sa vie privée. Il représente, en effet, un repère, un lien avec le monde intime du patient et sa vie domestique.

De manière plus générale, la présence du proche serait indispensable à toute personne se trouvant dans une position

de vulnérabilité. Ainsi, on l'a vu, un malade accueilli dans un service d'urgences est souvent déstabilisé, en manque de repères dans un environnement qui lui est inconnu, et confronté à la peur pour son état de santé. La présence de son proche lui permet de maintenir un lien social et affectif et d'atténuer le sentiment de rupture. L'accompagnant pourrait recouvrir un rôle plus actif et être considéré comme un partenaire de soins par le personnel. En effet, le proche est une ressource pour le personnel qu'il faut utiliser. Tout d'abord, il apporte des informations personnelles liées au mode de vie ou aux antécédents du patient qui aident à la réalisation du diagnostic. De même, il est une autre oreille aux informations données par le soignant au patient. Grâce à son recul sur la situation, il peut apporter une perception nouvelle du diagnostic en interprétant différemment les informations reçues. Puis, il peut recouvrir un rôle de surveillant qui peut décharger le personnel en rapportant des informations en temps réel lié aux besoins immédiats du patient. Enfin, généralement, lorsqu'ils sont ensemble, le patient et son proche s'apaisent par leur simple présence mutuelle dans un environnement qui leur est inconnu. Ainsi, en donnant la possibilité à l'accompagnant de recouvrir ce rôle plus actif, le personnel pourra y trouver une aide à la prise en charge du patient. Pour cela ce rôle doit être aménagé, mais cette considération de l'accompagnant en

**Plus essentiellement, le renforcement de la permanence des soins ambulatoires, notamment par la poursuite de la création de maisons médicales de garde étroitement articulées avec les urgences hospitalières, est à accompagner du développement de nouveaux modes d'accès en journée à des soins non programmés en médecine de ville.**

tant que partenaire repose principalement sur la volonté du chef de service et de son personnel.

Néanmoins, dans la pratique, la présence de l'accompagnant dans un service d'urgences révèle, souvent, un mal-être du personnel. Aux urgences, il est considéré que la présence de la famille est à la fois utile et redoutée. Redoutée, car elle est une potentialité de complications par le fait que, concernée, elle est un témoin des gestes médicaux. Les accompagnateurs observent, questionnent, commentent le travail : on peut rater une piqûre et être accusé de faire souffrir inutilement. En général, les médecins se soustraient à ces demandes en exigeant l'isolement pour l'examen et le traitement du malade. Il semble y avoir une peur du regard de l'autre. On se rend compte que l'accompagnant est considéré, par une partie du personnel, comme un élément venant perturber son travail en le déstabilisant. A ce propos, le personnel peut évoquer l'exiguïté des locaux et l'aménagement du service comme étant un frein à l'intégration de l'accompagnant auprès de son proche. Le manque de place peut ainsi être invoqué pour excuser cette mise à l'écart de l'accompagnant. Il semble que de manière générale, l'accompagnant n'est pas considéré comme un usager à part entière du service, mais plutôt comme un intrus, une charge en plus, critiqué pour son manque de «savoir-vivre». En effet, hormis pour l'attente, sans rôle ni place clairement définis à l'intérieur des services d'urgences, l'accompagnant se retrouve souvent désorienté et n'adopte pas les comportements attendus par le personnel du service. On lui reproche souvent de gêner au milieu du passage, d'être indiscret en assistant au travail des urgentistes comme à un spectacle, de manquer de compréhension ou même d'adopter des comporte-

ments trop agressifs envers le personnel.

On aurait tendance à rejeter principalement les problèmes organisationnels sur l'usager, 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 ?

#### L'usager face à une organisation complexe

Le service des urgences a une organisation complexe due à la diversité des acteurs qu'elle doit prendre en compte et à l'activité en dents de scie qu'elle connaît. Le personnel vit au rythme de cette organisation qu'il a acquise naturellement en intégrant ses contraintes.

Seulement, au cœur de cette organisation, se situe aussi l'usager (patient ou accompagnant) qui, comme on l'a vu, durant une période met sa vie entre parenthèses pour subir sa présence dans le service d'urgences. Il se confronte alors de manière assez brutale aux aléas et aux contraintes organisationnelles du service, qui souvent lui échappent et sont sources d'incompréhension.

En effet, les contraintes techniques et organisationnelles des hôpitaux prennent trop de place et «font de l'ombre» à ce qui devrait être central : l'humain.

À l'hôpital, deux langages se croisent suivant qu'ils sont issus de l'institution ou du malade. L'un parle du nombre de lits, de ses prouesses techniques, de son architecture, de ses ambitions, de son futur, etc. L'autre parle de la façon avec laquelle il est accueilli ou rejeté, traité ou mal traité, de la qualité des soins et des repas.

Ainsi, bien que les usagers partagent le même but de soins, ils ne partagent pas les mêmes préoccupations et n'ont pas la même perception du service. Il faut notamment distinguer les différents types d'usagers qui vivent des expériences différentes du service, et notamment l'usager-patient et l'usager-accompagnant. N'ayant pas la même expérience du service, il semblerait donc insensé de leur apporter les mêmes réponses.

Or, aujourd'hui, le service d'urgences communique globalement les mêmes informations à tous les acteurs (personnel, patient et accompagnant). Il revient ainsi aux différents usagers des urgences de faire l'effort de comprendre cette organisation en décodant un certain nombre d'indices. Ils peuvent supposer qu'il existe différentes professions, supposer qu'il y a différentes salles en fonction de la nature des examens ou même deviner qu'elles sont les différentes étapes de sa prise en charge. Mais la situation de fragilité dans laquelle ils se trouvent, ajoutée à la complexité d'une telle organisation, sont des freins à la bonne compréhension du fonctionnement du service.

En conclusion et face à l'augmentation continue du recours aux urgences hospitalières, la solution a été recherchée plus dans la mobilisation de moyens supplémentaires que par la recherche d'une meilleure efficacité, même si les efforts d'organisation conduits par les pouvoirs publics chargés de la santé se sont tra-

duits par la diffusion progressive de nouvelles pratiques améliorant les conditions de prise en charge.

La persistance de certaines situations de tensions atteste cependant de la fragilité et des limites d'un dispositif demeuré trop centré sur l'hôpital, qui au-delà des urgences vitales et graves doit sans cesse davantage répondre à une demande de soins non programmés qui pourrait être pour une part, sans doute, très importante assurée en ville par d'autres acteurs du système de soins. Un passage sur cinq ne nécessite pas d'autre acte qu'une consultation, soit à première vue de l'ordre de quelques millions de «passages évitables» par année. Sans préjudice de la proportion de patients pour lesquels les interventions complémentaires nécessaires auraient pu être pratiquées en ville, une réorientation de ce flux vers la médecine ambulatoire pourrait se traduire pour l'assurance maladie, toutes choses égales par ailleurs, par des économies conséquentes.

Ces constats amènent à considérer que l'amélioration de l'efficacité du dispositif dépend moins de l'allocation de nouveaux financements que d'une meilleure définition de la place et du rôle des services d'urgences dans le système de soins, en termes d'organisation interne des établissements, d'orientation des patients et d'articulation entre hôpital et médecine de ville.

Il revient aux pouvoirs publics d'en assurer un pilotage plus efficient. Trois types de mesures doivent y contribuer : améliorer la connaissance des motifs de recours aux urgences et des caractéristiques des patients, mieux diffuser les modes d'organisation innovants, faire évoluer le mode de financement sur la base d'une meilleure connaissance des coûts.

Il est indispensable que le ministère chargé de la Santé se donne les moyens d'une meilleure connaissance des patients recourant aux urgences, notamment ceux qui ne sont pas hospitalisés, et entreprenne, dans le cadre des travaux de révision de la tarification, une étude comparative sur les coûts respectifs de la prise en charge des patients, selon la classification clinique des maladies aux urgences (CCMU) notamment, en milieu hospitalier et en ville. Une généralisation des pratiques qui ont fait leurs preuves (filiales courtes, gestion des lits, filiales gériatriques...) est à promouvoir de manière plus vigoureuse. Le bon aboutissement de la révision de la tarification des services d'urgence est indispensable pour éviter qu'elle ne contrarie les efforts de régulation de l'activité et inciter davantage à l'efficacité des prises en charge.

Plus essentiellement, le renforcement de la permanence des soins ambulatoires, notamment par la poursuite de la création de maisons médicales de garde étroitement articulées avec les urgences hospitalières, est à accompagner du développement de nouveaux modes d'accès en journée à des soins non programmés en médecine de ville. L'apport à cet égard des maisons pluriprofessionnelles de santé mériterait d'être conforté par l'examen de la possibilité d'adosser les plus importantes à un petit plateau technique.

Une couverture territoriale renforcée est impérative à cause d'une fréquentation en hausse continue et inégalement répartie. La réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins urgents doit être affirmée comme objectif. Un accès aux soins urgents de moins de 30 minutes semble raisonnable.

K. S.

(\*) Professeur des universités, directeur de recherches. Service d'immunologie des transplantations CHU de Lyon, France.