



HAL
open science

De l'urgence ou le mouvement de la rencontre

Aline Santin

► **To cite this version:**

Aline Santin. De l'urgence ou le mouvement de la rencontre. Philosophie. Université Paris Saclay (COmUE), 2019. Français. NNT : 2019SACLS055 . tel-02137418

HAL Id: tel-02137418

<https://theses.hal.science/tel-02137418>

Submitted on 23 May 2019

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

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

De l'urgence ou le mouvement de la rencontre

Thèse de doctorat de l'Université Paris-Saclay
préparée à l'Université Paris-Sud

École doctorale n°578 : Science de l'Homme et de la Société
Spécialité de doctorat: Ethique

Thèse présentée et soutenue à Paris, le 15 Mars 2019 par

Aline SANTIN

Composition du Jury

Mme Frédérique LEICHTER FLACK Maitre de conférences, Université Paris Nanterre EA 3931 Centre de recherches en littérature et poétique comparées	Rapporteur
M. Edouard FERRAND Praticien hospitalier, Centre hospitalier de Mont de Marsan	Rapporteur
Mme Samia HURST MAJNO Professeur, Université de Genève Institut Ethique, Histoire, Humanités	Examineur
M. Léo COUTELLEC Maitre de conférences, Université Paris Sud EA 1610 Etudes des Sciences et des Techniques Équipe : Ethique, Science, Santé, Société	Examineur
M. Sadek BELOUCIF Professeur des Universités, Université Paris Seine Saint Denis EA 4569 Ethique, Politique et Santé	Président du jury
M. Emmanuel HIRSCH Professeur, Université Paris Sud EA 1610 Etudes des Sciences et des Techniques Équipe : Ethique, Science, Santé, Société	Directeur de thèse
M. Philippe JUVIN Professeur des Universités, Université Paris Descartes	Co-Directeur de thèse

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Emmanuel Hirsch pour son soutien, son accompagnement. Pour sa capacité à avoir su trouver les mots justes, précis, au moment opportun. Pour son souci permanent de me guider tout en étant respectueux tout au long de ce travail et depuis de nombreuses années.

A Monsieur le Professeur Philippe Juvin pour son accueil, sa bienveillance. Pour son écoute à mon égard lorsque je suis venue le solliciter pour ce travail.

A Monsieur le Professeur Sadek Beloucif d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Pour son envie de transmettre l'éthique et son implication dans les plus hautes instances, comme au quotidien.

A Monsieur Léo Coutellec d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Pour son enseignement riche de questionnements et de pistes à explorer, sa capacité à ne pas considérer un sujet comme clos.

A Monsieur Edouard Ferrand d'avoir accepté d'être rapporteur. Pour nos échanges *au lit du malade*, pour les discussions menées avant d'aboutir à des décisions argumentées et partagées.

A Madame le Professeur Samia Hurst-Majno d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Son implication concrète aux côtés d'équipes soignantes procède, à mon sens, de la rencontre à proprement parler.

A Madame Frédérique Leichter-Flack d'avoir accepté d'être rapporteur. Son étude de la littérature et sa capacité à faire le lien entre œuvres et éthique est un apport précieux pour les praticiens.

A Madame Armelle Debru pour sa lumière en éveil permanent sur le chemin, pour son amitié. Pour les moments partagés faits de regards croisés sur *le monde comme il va*, en et hors les murs de l'hôpital.

A mes pairs ayant influé, et sans doute un peu façonné, mes convictions par une remarque, un enseignement constant clinique, et surtout par l'envie de partager celui de l'éthique. Certains ont été plus marquants que d'autres, et ma pudeur me pousse à ne pas les nommer, certaine qu'ils se reconnaîtront.

Aux soignants croisés dont les attitudes, les gestes, l'attention portée aux plus vulnérables ont marqué ma mémoire, ma route, mon parcours.

Aux personnes, malades, rencontrées dont le souvenir prégnant a été à l'origine et à l'aboutissement de cette réflexion. Par leur confiance, leur sincérité, leur histoire est devenue un peu mienne et continue de m'accompagner.

Aux doctorants, compagnons de cette voie sinueuse que représente la construction d'une thèse, pour leur sollicitude, leurs critiques avisées et respectueuses. Pour ces moments d'exposition respectueuse sans nulle crainte d'un regard inadapté.

Aux membres de l'espace éthique, lieu privilégié d'écoute et de partage, de réflexion sans jugement. Pour leur accueil, leur bienveillance sans faille.

Aux membres de l'équipe du service de médecine interne de l'hôpital Tenon pour leur patience quant à l'aboutissement de ce travail.

A tous ceux qui, de près ou de loin, ont partagé doutes et interrogations, qui ont eu l'extrême élégance de m'écouter, m'aider, me soutenir, d'échanger simplement. Leurs mots ont régulièrement participé et nourri la réflexion et la rédaction de cette thèse.

Aux personnes ayant eu la gentillesse de relire mon texte avec un souci flagrant de le comprendre, et le cas échéant, de m'aider à le faire progresser.

...

Aux attaches nouées deci delà, aux amitiés, aux *affinités électives*, ici ou ailleurs...

« Comment s'étaient-ils rencontrés ? Par hasard, comme tout le monde. Comment s'appelaient-ils ? Que vous importe ! D'où venaient-ils ? Du lieu le plus prochain. Où allaient-ils ? Est-ce que l'on sait où l'on va ? Que disaient-ils ? Le maître ne disait rien ; et Jacques disait que son capitaine disait que tout ce qui nous arrive de bien et de mal ici-bas étaient écrit là-haut. ».

Diderot, Jacques le Fataliste. Paris, Larousse, 2007, p.24.

*« Si je veux réussir
à accompagner un être vers un but précis,
je dois le chercher là où il est
et commencer là, justement là.*

*Celui qui ne sait faire cela, se trompe lui-même
quand il pense pouvoir aider les autres.
Pour aider un être,
je dois certainement comprendre plus que lui,
mais d'abord comprendre ce qu'il comprend.*

*Si je n'y parviens pas,
il ne sert à rien
que je sois plus capable et plus savant que lui.*

*Si je désire avant tout montrer
ce que je sais,
c'est parce que je suis orgueilleux
et cherche à être admiré de l'autre
plutôt que l'aider.*

*Tout soutien commence avec humilité
devant celui que je veux accompagner ;
et c'est pourquoi je dois comprendre
qu'aider
n'est pas vouloir maîtriser
mais vouloir servir.*

*Si je n'y arrive pas,
je ne puis aider l'autre. ».*

Soren Kierkegaard, extrait de Pour inciter à la réflexion, traduction de B.M. Barth

SOMMAIRE

SOMMAIRE	0
INTRODUCTION	1
Avant-propos.....	1
Problématique.....	4
Terminologie choisie	5
1 LA MEDECINE D'URGENCE, L'ETHIQUE MURMUREE	12
1.1 Repères historiques.....	12
1.2 Missions des services d'urgences.....	16
1.2.1 Mutation progressive des missions au fil du temps.....	18
1.2.2 S'organiser pour faire face	21
1.3 Les services d'urgences comme premier recours	25
1.3.1 Evolution de l'utilisation des services d'urgence	26
1.3.2 Erreurs de parcours ?	28
1.4 Imprévisible quotidien.....	31
1.4.1 Conjuguer offre et demande(s)	31
1.4.2 Personnel sous pression	36
1.4.3 Ne plus pouvoir faire face	39
1.4.4 Entre tension(s) et catastrophe(s).....	42
1.5 Rendre des comptes.....	47
1.6 Reconnaissance d'une profession	57
2 DES RUPTURES A LA RENCONTRE, L'ETHIQUE MALMENE	70
2.1 Méthode.....	70
2.2 Ruptures vécues	74
2.2.1 Contextualisation d'une consultation dans un service d'urgences.....	74
2.2.2 Le mouvement premier ou l'inquiétude	79
2.2.3 La rencontre générique	81
2.3 Types de rencontres	83
2.3.1 Rencontre brève ou le temps furtif.....	85
2.3.2 Rencontre diagnostique ou la suspension du temps	90
2.3.3 Rencontre avec la misère ou le temps de l'impuissance	100
2.3.4 La dernière rencontre.....	106
2.4 De l'existence d'une autre dynamique.....	111
2.4.1 Analyse de la terminologie de la relation.....	111

2.4.2	Déroulement temporel inféodé à la rencontre.....	118
2.4.3	Découpe rituelle de la rencontre	133
2.4.4	La scénographie de la rencontre	137
3	LES OBSTACLES A LA CONSCIENCE ETHIQUE DANS L'URGENCE, L'ETHIQUE EMPECHEE	142
3.1	Illusion de la règle de l'unité	142
3.1.1	Le temps pour unité vectorielle	142
3.1.2	Unité de lieu ou topographie illisible	155
3.1.3	Unité d'action plurielle.....	163
3.2	Paysage en fuite	180
3.2.1	Dilution de l'humain	180
3.2.2	Tri poussé à l'extrême	193
3.2.3	A la recherche éperdue du temps ou la désunion temporelle.....	216
3.3	Course de désorientation.....	229
3.3.1	Vulnérabilités démultipliées.....	229
3.3.2	Langage inhospitalier.....	261
3.3.3	De la responsabilité soignante aux Urgences.....	282
4	TRACER UN SILLON : L'UTILE OU L'ETHIQUE DEVOILEE	298
4.1	Du constat au sursaut éthique	298
4.1.1	Le pas de côté.....	307
4.1.2	La recherche de la concorde	309
4.2	L'impératif utile	312
4.2.1	Fidélité au serment d'Hippocrate.....	316
4.2.2	L'utile au sein des textes officiels.....	320
4.3	L'utile en question(s).....	323
4.3.1	Définition de l'utile dans le domaine grammatical	323
4.3.2	Utile-objet et utile-sujet	324
4.3.3	Utile-appris et utile-découvert	327
4.4	L'utile pour vertu.....	333
4.4.1	L'utile convoqué	334
4.4.2	Les conditions de l'utile	337
4.5	La renverse ou l'émergence de l' <i>impératif utile</i>	356
4.6	La singularité de l' <i>utile</i>	360
4.7	Distinction entre l' <i>utile</i> et d'autres approches utiles.....	363
5	DE LA PROMESSE DE (SE) RENCONTRER, L'ETHIQUE CONSACREE	369
5.1	De la promesse.....	369
5.1.1	Propos liminaire sur la promesse	369

5.1.2	Promettre, acte multivalent	380
5.2	La promesse au cœur de l'acte médical	397
5.2.1	Promesse fondatrice ou le serment d'Hippocrate	397
5.2.2	Promesse illusoire de la médecine	400
5.2.3	Conditions d'une nouvelle promesse	403
5.3	La promesse comme un défi	408
5.3.1	Promesse intenable ou salvatrice ou l'ambivalence de la promesse	408
5.3.2	Promesse à soi-même ou la promesse identitaire	410
5.3.3	Promesse et dialectique soignante	414
5.4	Retour à l'urgence	419
CONCLUSION GENERALE		430
BIBLIOGRAPHIE		438
	Livres	438
	Articles	448
	Recommandations professionnelles ou rapports officiels	451
	Textes de loi	451
	Rapports	454
	Thèses ou mémoires	457
	Communiqués de presse	457
	Autres sources	457
ANNEXES		459
	Annexe 1 : Message échangé avec l'Académie Française en date du 04/04/2017	459
	Annexe 2 : Lettre du Pr E. Roupie au Président Directeur Général d'Air France le 09/01/2004 parue dans la revue Briefing février – mars 2004	460
	Annexe 3 : Serment d'Hippocrate, Conseil de l'ordre national des médecins, Belgique – Traduction Jacques Jouanna	462
	Annexe 4 : Traduction du serment d'Hippocrate selon Jeanne Ducatillon, issue de l'article <i>Le Serment d'Hippocrate, problèmes et interprétations</i> , Bulletin de l'Association Guillaume Budé, numéro 1, Mars 2001, p.34-59	463
	Annexe 5 : Synthèses de chaque partie	464

INTRODUCTION

« Sa nervosité appela la mienne, de sorte que nous nous trouvâmes mûrs pour ce dont, magiquement, il semblait que nous aurions pu nous passer : une rencontre. ».

P. Roth, *Goodbye Columbus*, Paris, Folio, 2018, p.26.

Avant-propos

« Assassins ! Vous n'êtes que des assassins ! ».

Les mots sont clairement et très distinctement prononcés par la jeune femme, assise de l'autre côté du bureau. Ni le réanimateur, ni moi-même ne disons, à ce moment précis, quoi que ce soit. La jeune femme ne crie pas, ne hurle pas. Elle reprend sa respiration, nous regarde, l'un après l'autre, droit dans les yeux et dit :

« Mon père est monté vivant dans le camion des pompiers, et vous me dites maintenant qu'il est mort ? ».

La jeune femme baisse la tête, pleure quelques instants. Puis, elle nous observe, sans ciller, et répète en prenant soin de détacher chaque syllabe :

«A-SSA-SSINS ! Vous n'êtes que des A-SSA-SSINS ! ».

Le réanimateur réitère calmement ses explications. Malgré cela, la jeune femme ne modifie pas son discours. Depuis le début de l'entrevue, je suis comme spectatrice. Je n'ai pas réussi à prononcer le moindre mot, et laisse faire mon collègue. En observant la jeune femme, assise de l'autre côté du bureau, je repasse dans ma tête la séquence de ce qui s'est passé... L'arrivée des pompiers amenant cet homme de 65 ans manifestement insuffisant cardiaque, cyanosé. L'obligation de l'intuber rapidement pour éviter l'arrêt hypoxique. Puis malgré l'intubation, l'arrêt cardiaque, le recours au réanimateur afin de mener la réanimation conjointement, le massage cardiaque, l'adrénaline, le choc électrique externe, et finalement, après cinquante minutes, la décision de ne plus poursuivre cette réanimation inefficace. La présence de sa fille en salle d'attente nous avait été signifiée.

Je reprends le fil de ce qui se passe dans la pièce, et entends de nouveau le réanimateur expliquer le déroulé des événements. J'admire sa bienveillance, son application à écouter, à redire ce que cette jeune femme ne semble pas entendre, surtout ne pas accepter. Serai(s)-je capable d'avoir cette posture ? Je ne sais pas trop... En tout cas, je suis incapable d'intervenir dans ce dialogue, tant mon incompréhension est grande. J'ai d'ailleurs peut-être même de l'amertume à entendre les propos de cette jeune femme, car nous avons fait tout ce que nous pouvions, tout ce que nous devions.

« Maintenant je voudrais voir mon père. ».

Nous nous levons, sortons de la pièce, et accompagnons la jeune femme auprès de son père. Après quelques minutes, elle quitte le service, sans ajouter un mot.

Cette situation a eu lieu au début de mon exercice d'urgentiste. Sur l'instant, les propos de la jeune femme m'ont paru violents, inadaptés, injustes, ingrats. Alors que « tout » avait été fait pour intervenir et éviter l'inéluctable, celle-ci ne l'entendait pas, ne le reconnaissait pas, mais bien plus, son ressentiment était explicite et ne pouvait donc être ignoré. D'emblée, ce terme d'*assassins* m'a heurtée, dérangée car je ne le comprenais pas, non pas dans son sens littéral, mais dans son irruption à pareil moment. Pire, je le réfutais, certaine d'avoir bien fait. La peine de perdre un être cher ne me semblait pas pouvoir excuser pareils propos, ne me permettait pas d'accepter cette prise de parole sans véritable échange, la jeune femme étant totalement fermée à tout dialogue. Ne pas entendre le fait que son père présentait des signes de gravité en arrivant dans le service, et ne faire qu'une ellipse entre sa montée dans le camion des secours et son décès, en nous traitant de la sorte, ne m'était pas tolérable. De plus, le discours du réanimateur m'avait interpellée, car il avait dit comprendre la réaction de la fille et, ainsi, d'une certaine manière, se rangeait de son côté. La seule chose que je pouvais me reprocher était de n'avoir rien dit.

Ainsi, étions-nous deux à être dans l'incompréhension, la jeune femme, venant de perdre son père, et moi. Nous partagions, sans le vouloir, quelque chose. Ce *point commun* risquait d'aboutir à un autre, le maintien de chacune dans sa position, sans pour autant qu'il y ait d'évolution réciproque, ou que cette dernière reste inconnue l'une à l'autre. Pour elle, sa perception, son animosité risquaient de ne pas se modifier,

rendant le décès de son père encore plus violent qu'il ne lui était déjà. Pour moi, cette entrevue n'allait pas s'effacer de sitôt, risquant de resurgir avec, en filigrane, l'empreinte de mon incapacité à m'exprimer, à expliquer. La seule chose que je pouvais me reprocher était de n'avoir pas essayé de lui parler. Mon silence ne manquerait pas de se rappeler à moi. Je n'avais pas été capable d'explication, et n'avais pas su accepter la réaction de la jeune femme.

Au fil des années, cette histoire n'a effectivement pas disparu de ma mémoire. Au contraire, elle a participé à nourrir mes doutes, mes interrogations puis ma réflexion. Certaines interfaces me laissaient perplexe dans leur déroulement, tant la relation semblait parfois étrangère aux soins, pour ne pas dire inexistante, avec le sentiment profond qu'une partie de la responsabilité m'en incombait. En discutant avec certains de mes collègues, je m'aperçus que le fait de ne pas avoir de lien avec celui/ceux qui étai(en)t *l'objet* des soins ne semblait pas les perturber. Pour autant, leurs décisions étaient indubitablement guidées par le souci de s'occuper des malades, de leur prodiguer des soins pour leur bien - « [...] *le bien, c'est la visée de tout.* »¹ -. La bienveillance n'était donc pas exclue de leur pratique, mais celle-ci était focalisée sur la cohérence de leurs démarches (diagnostique et thérapeutique), sur le respect des procédures, leurs connaissances, la charge de travail. Autant d'éléments que je prenais également en compte. Mais comment faisaient-ils pour s'accommoder de ce que je qualifiais de pis-aller, de relations factices s'apparentant à de simples mises en présence, ou de cette vacuité, à savoir, parfois, l'absence de relations?

S'inquiéter de la relation avec l'autre, les Autres, faisait-il partie intégrante de ma profession dont le centre semblait être les soins techniques ? D'ailleurs, les personnes ne viennent-elles pas chercher des compétences avant tout, voire uniquement ces soins techniques ? La faculté n'axe-t-elle pas son enseignement essentiellement sur les démarches diagnostiques et thérapeutiques ? Pourquoi en contexte d'urgence accorder tant d'importance à la relation à l'égard d'une personne de passage, ce d'autant que la notion d'urgence légitime la place prioritaire des soins ? Devais-je me contenter d'appliquer mes connaissances sans me questionner à ce sujet ? Comment abandonner ce questionnement, celui de l'interface avec l'étranger, alors que mon

¹ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, [I, 1, 1094 a 1], Paris, Garnier Flammarion, 2004.

statut de professionnel de santé me permettait d'accéder à son intimité quasiment sans préambule ?

Problématique

Aborder la question de la rencontre sans la noyer de concepts, sans la pervertir d'interprétations diverses et variées, demande sans doute de revenir « *zu den Sachen selbst* », « *aux choses elles-mêmes* », selon l'expression d'Edmund Husserl dans son ouvrage « *Recherches logiques* »². Revenir aux choses mêmes consiste à emprunter une sorte de chemin à rebours, pour tenter de se défaire des réflexes professionnels, et se rapprocher au plus près de cet instant particulier, la mise en présence de deux personnes jusqu'alors inconnues l'une de l'autre. Pourtant similaires dans leur humanité, leur position n'est pas identique : l'une est venue chercher des soins, et l'autre est présente pour les (lui) donner. Cette logique procédurale semble implacable, mais ne suffit pas, en dehors de la « simple » dispensation de soins, à établir une rencontre perceptible qui plus est appréciée.

Reprendre des rencontres marquantes et les étudier pour extraire, mettre en relief ce qui compte, tant dans l'aspect quasi-technique des soins, qu'en dehors des soins explicites, dans cet indicible qui pourtant participe pleinement, totalement du soin, puisqu'il le construit. « *Les médecins doivent procéder en interprétant les cas à la lumière des règles, et corriger les règles à la lumière des cas.* »³. Les « cas »... cette appellation pose déjà question, même si l'assertion est tout à fait valable. Vocabulaire professionnel qui toutefois en dit long, ou tout du moins suffisamment, sur la vision désincarnée ayant parfois cours.

La thématique de ce travail concerne certes la rencontre dans le cadre du soin, mais dans un contexte particulier s'il en est : la rencontre aux Urgences, en urgence. L'analyse menée ne saurait donc, et ne prétend pas, valoir pour tout type de situation médicale tant elle y est intimement liée. Les motivations ayant abouti au choix de ce thème sont issues d'une longue expérience (18 années) acquise au sein d'urgences

² E. Husserl, *Préface de la deuxième édition*, in *Recherches logiques*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection Epiméthée, 1969, p.XIII.

³ K. Montgomery Hunter, *Doctor's stories : the narrative structure of medical knowledge*, Princeton University Press, 1991, p. 47.

intra-hospitalières, émaillée de nombre de questions, d'interrogations. Interrogations sur la dualité intrinsèque entre « *bien faire* » et (mais ?) « *faire vite* » liée à la dimension temporelle de ce type de pratique. En effet, l'exercice polymorphe de la médecine d'urgence demande de fait des qualités d'adaptation essentielles. L'enjeu est de pouvoir gérer simultanément « *le tout* » à savoir l'ensemble des malades, et « *l'unique* », chaque individu. Cette gestion comprend la décision, mais aussi la responsabilité liée à toute décision. Certaines situations font émerger des doutes tangibles, tant sur le mode décisionnel que sur la décision elle-même, doutes sur lesquels il faut pourtant (réussir à) fonder, et accroître son expérience. Mais quid de cet Autre, de sa place, au sein de l'expérience ?

La problématique appréhendée est donc celle de la rencontre dans un contexte contraint par l'impératif des soins, lesquels s'avèrent de fait exigeants, car relevant et/ou procédant de l'urgence.

Terminologie choisie

Les services hospitaliers d'urgences sont des lieux d'activité devant répondre à des demandes de soins éminemment variées, responsables de changements de rythme importants. De la simple entorse à l'arrêt cardiaque, en passant par l'errance sur la voie publique ou la première bouffée délirante signant l'entrée dans la psychose... Cette diversité de situations est caractéristique de ces services spécialisés en médecine d'urgence. Si cette médecine requiert des connaissances et aptitudes spécifiques, elle se caractérise par un aspect généraliste indéniable, dans le sens où les pathologies ne relèvent pas d'un seul organe, d'une seule thématique contrairement aux services dits de spécialité (cette dénomination *services de spécialité* devrait d'ailleurs être désormais modifiée, la médecine d'urgence étant elle-même devenue une spécialité)⁴.

L'approche initiale sera ciblée sur le symptôme d'appel, mais la démarche diagnostique s'attachera à en rechercher la cause, et donc, souvent, à élargir la prise en charge. Différentes catégories de soins pourront avoir lieu, diagnostiques, techniques, psychiatriques... De façon générique, les soins englobent l'ensemble de la prise en charge à savoir la conjonction des soins techniques, thérapeutiques relevant des compétences, et du soin, c'est-à-dire de l'attention portée à celui venu consulter,

⁴ Cf. Partie 2.6 : *Reconnaissance d'une profession*

impliquant la dimension personnelle du soignant. Toutefois, cette distinction pourra s'avérer, parfois, quelque peu artificielle, les soins techniques requérant souvent de faire preuve d'attention, tout en excluant paradoxalement la véritable attention à l'autre.

Une clarification des termes utilisés, à dessein, tout au long de ce travail pour désigner la personne faisant l'objet des soins est nécessaire et obligatoire. Il semble, en préambule, opportun d'accorder une place spécifique à la distinction entre malade, patient et usager du système de santé. En effet, l'utilisation des mots n'est pas neutre. Ces mots - *malade, patient, usager du système de santé* - véhiculent des notions capitales pouvant être, au moins dans le temps de l'action, négligées par les professionnels. Mais dans ce travail réflexif, négliger ces notions serait une attitude préjudiciable ; la réflexion devant apporter le recul nécessaire à leur analyse et à leur usage, ce que l'effervescence de l'action ne permet pas. Le choix des mots, ou leur maniement, selon, ne devrait pas être considéré comme neutre, du fait même de la nature intersubjective de la relation de soins. Etre dans une position de vulnérabilité, requérir l'aide d'autrui implique, engage celui qui fait face, et délivre les soins. Etre soignant ne devrait-il pas induire et inclure le soin du champ sémantique utilisé, ou tout du moins, le simple fait d'y accorder un intérêt particulier ? Car le langage ne devrait pas générer de hiatus entre interlocuteurs, surtout en contexte d'urgence. Si le langage doit tenir parole, l'usage doit en pérenniser la pertinence.

L'appellation de la personne faisant l'objet de soins peut dépendre du modèle tutélaire guidant celui qui la désigne, de son référentiel en quelque sorte. Plusieurs modèles existent : modèle médical, juridique, consumériste, aboutissant respectivement aux termes de malade, patient, usager du système de santé, assuré social, voire client. Cette réflexion ayant lieu dans le cadre du soin, les termes de client ou d'assuré social appartenant au modèle consumériste ne seront pas ici ni employés, ni discutés, car jugés inappropriés au propos.

Le terme d'usager du système de santé, ne distinguant pas le malade du non malade, a été consacré par la *loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* encore appelée loi Kouchner⁵. La notion d'*usager* est issue du droit administratif, ce qui ne saurait être ici idoine, tant la relation entre un malade et un soignant ne peut être envisagée sous cet angle, surtout au

⁵ *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, JORF du 5 mai 2002.

moment si particulier de soins aigus, urgents. Lorsque les soins priment, le prisme du droit est hors champ, car induirait une dénaturation potentielle de la relation à l'autre.

Restent les termes de *malade* et de *patient*. Le terme de *malade* provient du latin « *male habitus* », *male* adverbe mal et *habitus* participe passé de *habere*, signifiant « *manière d'être, se trouver dans tel ou tel état* », ou correspondant à une « *altération de la personne* ». Le terme « *malabde* » semble usité dès le Xe siècle (980) dans son usage actuel, à savoir « *celui qui souffre d'une quelconque altération de la santé* »⁶. Au XIIIe siècle (1155), le mot devient *malade*. La perception du *malade* se transforme au fil du temps, du fait notamment de l'avancée des connaissances et des évolutions techniques. Ainsi, au cours du XIXe siècle, la médecine devient une médecine d'observation : « *Le malade est devenu un patient et la médecine ambitionne d'être une science, passant de la médecine empirique à une médecine expérimentale* »⁷. Progressivement, le *patient* va remplacer le *malade*, dans le langage, et peut être, aussi, dans les faits. Le mot *patient* provient du latin *patiens* « *qui endure, qui subit* »⁸ et *patior* (endurer, souffrir, subir), son usage désignant un *malade* réel ou potentiel. L'étymologie latine de *patient* englobe trois sens : la souffrance, la passivité et la résignation⁹. Ce terme de *patient* a servi également à désigner celui qui attendait et/ou subissait un supplice ou un châtement corporel¹⁰. Ce terme est retrouvé dans l'ouvrage « *Histoire du Palais de justice de Paris et du parlement (860-1789)* »¹¹. Victor Hugo l'a notamment associé à la figure de l'hypocrite, en utilisant l'image de l'attente du supplice à venir : « *Un hypocrite est un patient dans la double acception du terme ; il calcule un triomphe et endure un supplice.* »¹². Le supplice, celui de l'attente, nécessite de la patience : « *La porte s'est rouverte. On venait nous chercher tous deux ; moi, pour me conduire à la chambre où les condamnés attendent l'heure, lui, pour le mener à Bicêtre.* »¹³. L'écho historique du terme *patient* comporte certes une dimension de souffrance potentielle, mais liée à l'attente d'un supplice. Pour cet argument, mais aussi pour le fait que la prise en charge confirme, ou infirme, l'existence d'une pathologie, le

⁶ CNRTL, entrée utilisée « *malade* ».

⁷ Pierron J.P., « *Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins* », *Sciences Sociales et Santé*, 2007, 25(2) : 43-65. DOI : [10.3406/sosan.2007.1858](https://doi.org/10.3406/sosan.2007.1858)

⁸ Le Robert, *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Société du Nouveau Littré, 1974.

⁹ C. Lebaigue, *Dictionnaire français-latin*, Paris, Ed. Belin, 1888.

¹⁰ Le Robert, *Op. cit.*

¹¹ F. Rittiez, *Histoire du Palais de justice de Paris et du parlement : mœurs, coutumes, institutions judiciaires, procès divers, procès légal*, Paris, Editeur Durand, 1860, p.248.

¹² V. Hugo, *Les travailleurs de la mer*, Paris, Librairie illustrée, 1876, p.207.

¹³ V. Hugo, *Le dernier jour d'un condamné*, Paris, Pocket, 2004, p.67.

terme *patient* ne sera pas privilégié, voire utilisé au cours de ce travail. En effet, un *patient* s'avère être un *malade potentiel*. Or, en situation d'urgences, toute personne est envisagée d'emblée comme malade, et seule la démarche diagnostique amende, ou certifie cette possibilité. Le terme de *patient* n'est donc pas adapté au champ de l'urgence tant que toute pathologie n'a pas été éliminée. Cependant, son recours à certains endroits du texte est à dessein.

Aussi, la formule choisie est-elle celle de *personne, malade*. N'utiliser que le terme de *malade*, seul, tendrait à assimiler, à confondre personne et maladie, au profit de cette dernière. Or, ni la personne, ni la maladie ne doivent être délaissées et/ou privilégiées l'une par rapport à l'autre, surtout en contexte d'urgence. Si en cas d'urgence avérée, les soins sont la priorité, la finalité de la prise en charge sera de stabiliser ou d'inverser l'état clinique de la personne. Toutefois, la relation véritable ne s'établit pas avec la maladie, mais bien avec la personne. Que la maladie soit présente ou non ne doit pas effacer, résumer la personne en la dénommant *le* ou *la malade*. *Malade* étant un mot épïcène, il aurait été licite de s'interroger préalablement sur quel déterminant privilégier, quel genre attribuer dans le corpus du texte, ce qui aurait été sujet à caution. Aussi, dans ce travail de recherche, le choix s'est porté sur le maintien des deux termes : *personne, malade*. Et ce, même si cette dénomination peut sembler alourdir le propos ou rendre moins aisée la lecture. En effet, cette appellation apparaît légitime et licite. Afin de ne pas occulter l'urgence et la prépondérance des soins le cas échéant, la maladie est prise en compte nommément via l'adjectif *malade*, mais l'individualité, *la personne*, apparaît en premier. La virgule insérée entre les deux mots (*personne, malade*) a pour but de différencier les deux entités, de statut distinct, en privilégiant la singularité : la personne est existante, et la maladie transparaît sous forme d'apposition ; la relation étant circonstancielle, propre à ce moment. Le trait d'union entre *personne* et *malade* aurait été un non-sens au regard du prisme choisi, car il aurait définitivement associé, relié, les deux entités. Parallèlement, placer la personne avant tout oblige le soignant à se présenter, lui aussi, d'abord comme personne, malgré l'habit.

Que recouvre l'urgence ? Les définitions de l'urgence peuvent être multiples. Sur le plan médical, est urgente toute situation qui met en péril le pronostic vital et/ou fonctionnel. Selon René Capitant, juriste et homme politique français, l'urgence est le « *caractère d'un état de fait susceptible d'entraîner un préjudice irréparable s'il n'y a*

pas été porté remède à bref délai »¹⁴. Cette définition, reprise par les juristes¹⁵, permet d'avoir une définition perceptible, et partagée par le plus grand nombre. Pourtant, le droit constitutionnel ne saurait recouvrir la totalité des éléments d'urgence relevant des problèmes de santé¹⁶, tant le champ de la médecine d'urgence est vaste, répondant à la mise en péril de la vie, comme à l'inquiétude sociétale.

¹⁴ R. Capitant cité par S. Cassella, *La nécessité en droit international, De l'état de nécessité aux situations de nécessité*, La Hague, Martinus Nijhoff Publishers, 2011, p.241.

¹⁵ Robert J., « *Les situations d'urgence en droit constitutionnel* », *Revue internationale de droit comparé*, 1990, volume 42, numéro 2, p.751-764.

¹⁶ Robert J., « *Les situations d'urgence en droit constitutionnel* », *Revue internationale de droit comparé*, 1990, volume 42, numéro 2, p.751-764.

Malgré la tendance croissante à consommer des soins, (avoir à) soigner, se préoccuper d'un autre, dépendant de soi, n'est pas acte banal. L'épaisseur du lien à l'autre réside, au moins partiellement, dans le fait de lui laisser place et temps, pour que ce lien existe. Alors, peut-être, les deux personnes en face-à-face auront-elles vécu, non pas une simple mise en présence, mais une rencontre. Toutefois, pour ne pas être dépendante du hasard, cette rencontre ne se décrète pas, mais relève de l'exigence éthique, de celle qui se pense et se construit, tel un chemin.

1 LA MEDECINE D'URGENCE, L'ETHIQUE MURMUREE

« La médecine d'urgence est une réponse à la nécessité de prodiguer des soins spécifiques sans délai. Son histoire est liée à celle de la médecine en général, mais elle se rattache surtout à la mise en place des soins de l'avant militaires et à l'émergence de l'anesthésie-réanimation. Ces deux pratiques ont en commun l'idée de remise en état. Mais l'une répare pour combattre tandis que l'autre combat pour réparer. »

X. Emmanuelli et J. Emmanuelli, *Au secours de la vie, la médecine d'urgence*, Paris, Découvertes Gallimard, 1996, p.13.

Dans cette partie descriptive, la terminologie de personne, malade, ne sera pas employée, le propos étant à la présentation générale, contextuelle.

1.1 Repères historiques

« On ne connaît pas complètement une science tant qu'on n'en sait pas l'histoire. »
Auguste Comte, *Cours de philosophie positive*.

Le propos n'est pas de retracer de façon exhaustive l'historique de la médecine d'urgence, mais plutôt de placer quelques jalons temporels importants. En effet, certains repères chronologiques sont nécessaires et essentiels pour saisir la genèse et les rouages de cette discipline, assez contemporaine, qu'est la médecine d'urgence hospitalière. Les quelques dates ici exposées, pouvant paraître quelque peu succinctes, ont pour but de percevoir l'évolution au sein de l'hôpital, d'appréhender, ou au mieux, de comprendre le fonctionnement de cette médecine récente, afin de mettre en perspective ses origines avec sa trajectoire actuelle. Or, l'évolution de la médecine hospitalière traduit potentiellement l'évolution sociétale, car « *Les hôpitaux sont en quelque sorte la mesure de la civilisation d'un peuple.* »¹⁷. A la fin du XXe siècle, l'essor

¹⁷ J. Tenon, *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, Paris, Ed. PH. D. Pierres, 1788, p.61.

et le déploiement de la médecine d'urgence n'est pas sans signification ; celle-ci s'octroyant désormais une place indispensable au sein du maillage sanitaire français.

L'assistance à celui qui en a besoin rapidement, voire sur le champ, repose sur l'élan de secours, la solidarité à autrui. A travers les origines du soin en urgence, la volonté de solidarité apparaît clairement, et ce, tout au long de l'évolution des modes d'organisation de cette médecine foncièrement dévolue à secourir. Au fil du temps, les mutations structurelles et organisationnelles ont eu pour but d'optimiser les modalités de secours à toute personne présentant des symptômes, des pathologies et/ou blessures mettant en péril la vie. Les découvertes médicales et/ou techniques émaillant l'évolution de la médecine ne seront pas détaillées car, sans ces avancées, la médecine dans son ensemble n'aurait pu progresser.

L'importance de donner des soins en situation critique, c'est-à-dire en contexte aigu, voire d'urgence vraie (mise en péril de la vie), est un élément connu depuis des siècles. Hippocrate enseignait déjà l'importance du lien entre pathologie et moment opportun : « [...] si l'on donne le secours avant qu'elle [la maladie] n'échappe, on sauvera le malade pour avoir su en profiter. »¹⁸. Ce secours correspond à l'application de la médecine d'urgence car le secours est un mode de lutte contre le danger, dont la réussite dépend de la capacité à repérer le moment opportun, de la vitesse de réaction, de la capacité à savoir réagir. Ce moment est synonyme d'opportunité à ne pas laisser passer : « Il faut parfois agir vite [...]. Les moments favorables y passent promptement ; on n'est plus souvent à temps. La mort arrive si l'on a trop différé. Il faut y profiter de l'occasion. [...] quand on a soulagé le malade, on a toujours agi à propos. »¹⁹. Le lien entre moment opportun - pour ne pas dire décisif, crucial - et réussite apparaît comme majeur, le pronostic vital pouvant être engagé et la mort advenir. Toutefois, indépendamment de l'occasion, l'un des paramètres indispensables pour pouvoir porter assistance est de pouvoir disposer de son matériel : « Comme les médecins ont toujours sous la main les instruments et les fers nécessaires à donner des soins dans les cas urgents [...] »²⁰. Ainsi, d'emblée le médecin a des obligations, dont la principale est celle de pouvoir porter assistance, en permanence, à toute heure et en tout lieu, sous réserve de disposer de ses instruments et de sa trousse. Le devoir est donc double mais de nature différente : repérer le juste moment en vue de dispenser les

¹⁸ Hippocrate, *Des maladies, Œuvres d'Hippocrate*, traduction d'Anuce Foès (édition de Pierer), Tome deuxième, Paris, 1838, p.105.

¹⁹ *Ibid.*, p.105.

²⁰ Marc Aurèle, *Pensées pour moi-même*, livre III, Pensée XIII, Paris, GFlammarion, 1992, p.54.

soins, diligemment, à condition de ne jamais se séparer de son matériel. En filigrane, transparait également le fait que le médecin n'est pas, à lui seul, omnipotent puisque du matériel est requis à son exercice.

Ainsi, la notion de secours aux personnes a-t-elle été très précoce au cours de l'histoire. Sous la Rome antique, afin de limiter les incendies, des *Vigiles Urbani* sont mis en place, tant pour lutter, que pour prévenir les feux. Au Moyen Age, des ordres hospitaliers militaires sont créés, ordres voués initialement à offrir l'hospitalité avant de devenir de véritables structures de soins. En 1393, à Milan, un médecin se voit confier le secours aux tailleurs de pierre d'un chantier de cathédrale, les soins et les médicaments n'étant pas à la charge des ouvriers mais de la municipalité²¹. En 1590, sous le règne d'Henri IV, le relevage et le transport des blessés est assuré par l'armée royale. La volonté est de porter secours, sur le lieu même où se trouve la personne, de sortir des murs des enceintes de soins pour aller au contact de celui dont la vie est potentiellement menacée en l'absence de soins.

En France, le premier texte officiel, fondateur des secours et de la médecine d'urgence, date de 1740 en vue de sauver les noyés : « *Avis pour donner du secours à ceux que l'on croit Noyez* »²². Issu de la volonté de Louis XV et rédigé par Réaumur, ce texte donnait des indications de mesures à prendre, pour tenter de sauver la personne repêchée. La motivation de cet écrit était la divulgation de connaissances que « *l'amour du genre humain ne permet pas de [le] laisser ignorer* »²³. La volonté explicite était de sauver l'autre, indistinctement, pour le genre humain, par solidarité. Par ordonnance royale, depuis le 11 mars 1733²⁴, le financement de ce secours n'incombe pas à celui qui bénéficie de l'assistance. Quelques années plus tard, la loi du 8 décembre 1798 a confirmé la gratuité des services d'incendie et de secours. Ce principe de gratuité des secours, là encore issu des principes de solidarité et de fraternité, perdure encore aujourd'hui.

²¹ Catala F., « *Histoire de la médecine d'urgences* », ADSP, septembre 2005, n°52 : 14-17.

²² R.A. Réaumur, « *Avis pour donner du secours à ceux que l'on croyait noyez* », Paris, Impression royale, 1740.

²³ E. De la Poix de Frémonville, *Dictionnaire ou Traité de la police générale des villes, bourgs, paroisses, et seigneuries de la campagne*, Paris, Ed. F. Tocayen, 1771, p.156.

²⁴ P. Gamel, *La préservation du principe de gratuité des secours face aux comportements abusifs*, Mémoire réalisé dans le cadre du Master 2 Droit et Management Public des Collectivités Territoriales, Juin 2015, p.8.

Via la loi du 24 août 1790, la responsabilité des secours d'urgence incombe aux pouvoirs publics ; la constitution de 1793 affirmant que les secours publics, au sens large d'assistance, sont une « dette sacrée » (article 21) - « *Les secours publics sont une dette sacrée. La société doit la subsistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler.* »²⁵ -. Le premier bataillon de Sapeurs-Pompiers, organisme explicitement dédié au secours, est créé par décret impérial le 18 décembre 1811. La notion de secours va peu à peu gagner le champ de bataille. En 1863, Henri Dunant, effrayé par la bataille de Solferino (1859), fonde la Croix Rouge à Genève pour venir en aide aux victimes et/ou blessés de la guerre indépendamment de leur nationalité. L'article 6 de la Convention de Genève du 22 août 1864, pour l'amélioration du sort des militaires blessés dans les armées en campagne, mentionne que « *Les militaires blessés ou malades seront recueillis et soignés, à quelque nation qu'ils appartiennent.* »²⁶. Sur le champ de bataille, la vie humaine prévaut et non le rattachement du blessé ou du malade à un camp, à une patrie. En 1889, les premières ambulances urbaines voient le jour à Paris, sous la responsabilité de l'Assistance Publique, avec un interne se rendant auprès du ou des blessés, de façon identique à l'organisation des secours des grandes villes d'Amérique.

Suite aux deux guerres mondiales, vont émerger les grands principes de la médecine d'urgence hospitalière contemporaine. Le 4 octobre 1945, les ordonnances d'organisation de la sécurité sociale sont publiées. Dans les années 50, deux événements sont à l'origine des secours : les épidémies de poliomyélite (acheminement auprès des malades des moyens de ventilation), et les blessés par accidents de la route. Ces accidents ont été à l'origine de l'émergence de la notion de polytraumatisé établie par le Professeur Marcel Arnaud. Car dans les années 50, les véhicules ne sont pas équipés de certaines mesures de sécurité, dont la ceinture de sécurité. A partir de 1970, cette ceinture a été rendue obligatoire à l'avant sur les véhicules neufs. Par ailleurs, les secours ne sont pas suffisamment bien organisés et, surtout, ne disposent pas des moyens permettant la réanimation précoce des blessés avant l'arrivée à l'hôpital. Le Professeur Marcel Arnaud résume la situation par une ellipse décrivant le sort de l'accidenté : « *On ramasse un blessé, on transporte un*

²⁵ Constitution du 24 juin 1793.

²⁶ Convention de Genève du 22 août 1864, article 6.

*agonisant, on hospitalise un mourant.»*²⁷. La formule est éloquente, la synthèse frappante : le blessé n'a que peu de chances de survie.

L'organisation définitive des services d'urgence date de la fin du XXe siècle, suite aux deux rapports Steg, du nom de leur rédacteur, le Professeur Adolphe Steg. Le premier rapport date de 1989 et dépendait du Conseil Economique et Social²⁸. Le second, publié 4 ans plus tard, dépendait d'une commission spécifique chargée de la restructuration des services d'urgence²⁹. Le changement de tutelle entre les deux rapports, le second étant autonome, marquait une volonté forte d'indépendance, et sans doute d'objectivité. Suite à ces rapports, les Services d'Accueil des Urgences (S.A.U.) vont être instaurés par le décret du 9 mai 1995(n° 95-647), modifié par le décret du 30 mai 1997 (n° 97-615)³⁰. Cette structuration marque le point de départ de la professionnalisation des services d'urgence.

A travers cette énumération rapide, pouvant paraître trop concise, certains éléments et valeurs perpétués se font jour, au premier rang desquels la solidarité. En effet, la médecine d'urgence repose sur la solidarité, hissée au rang de valeur sociétale. Le Code Civil de 1804, dans son article 1200, officialise la solidarité de façon explicite, la définissant comme « *la participation de chacun pour le groupe* », « *de manière que chacun puisse être contraint pour la totalité*»³¹. La notion sous-jacente d'engagement est d'ailleurs rehaussée par l'article 1202 : « *La solidarité ne se présume point, il faut qu'elle soit expressément stipulée.* »³². La solidarité doit être entendue, et non sous-entendue, afin que personne ne puisse l'ignorer mais bien au contraire l'incarner. Si la perception de la solidarité évolue selon les périodes, elle n'en demeure pas moins la pierre fondatrice de l'urgence.

1.2 Missions des services d'urgences

²⁷ Catala F., « *Histoire de la médecine d'urgences* », ADSP, septembre 2005, n°52 : 14-17.

²⁸ A. Steg, *L'urgence à l'hôpital*, Conseil Economique et Social, 1989.

²⁹ A. Steg, *Rapport sur la médicalisation des urgences*, Commission Nationale de Restructuration des Urgences, 1993.

³⁰ Décret n°97-615 du 30 mai 1997 *relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique*, JORF 1^{er} juin 1997.

³¹ Code civil, article 1200 créé par Loi 1804-02-07 promulguée le 17 février 1804.

³² Code civil, article 1202 créé par Loi 1804-02-07 promulguée le 17 février 1804.

Les missions des services d'urgences sont vastes, tournées vers l'accueil, tant de la maladie que de l'errance, signifiant *de facto* des compétences multiples et variées, étendues. « *Les urgences accueillent de façon imprévue par essence toutes les détresses de la cité : maladie somatique ou mentale, coma, accident, tentative de suicide...L'hôpital est le seul lieu d'accueil permanent du désordre et des détresses de nos contemporains [...].* »³³. Les services d'urgences constituent une structure particulière, où chaque personne est accueillie, le diagnostic recherché, le traitement prescrit et/ou instauré. Au décours de cette prise en charge, l'orientation sera soit ambulatoire, soit hospitalière. Véritable interface, les services d'urgence ouvrent l'hôpital directement sur la ville. Leur caractéristique essentielle est d'accueillir à toute heure, sans distinction ni discrimination. La polyvalence prime par la prise en compte de quiconque présentant un symptôme quel qu'il soit : une détresse, un besoin de secours ; les autres services hospitaliers ayant une spécificité caractérisée, et donc caractéristique.

La première définition claire des services d'urgence fut donnée par le rapport Steg de 1993 : « *Elle [la médecine d'urgence] vient au secours de l'homme dans toutes les dimensions de sa brutale épreuve, souffrance physique, détresse morale et souvent misère sociale. Elle vaut que tout soit fait pour en assurer la qualité. Elle vaut que la collectivité concentre ses efforts et consente des sacrifices afin que chacun soit assuré qu'en cas de malheur, tout sera entrepris au plus vite par les meilleurs, dans les meilleures conditions de sécurité.* »³⁴. Le registre de cette définition relève tant de l'humanisme que de la reconnaissance. Humanisme par l'évocation centrale de la position de l'Homme face à sa fragilité, sa vulnérabilité, chacun pouvant un jour connaître le *malheur*. Reconnaissance d'une discipline jusqu'alors quelque peu ignorée. Dans ce propos, la médecine d'urgence est personnifiée, et présentée comme indispensable pour secourir la souffrance tant physique que morale. La force de cette définition repose en grande partie sur l'utilisation, par le Professeur Adolphe Steg, du verbe *valoir*, répété, martelé mais, surtout, attribué à la médecine d'urgence. Ainsi, la valeur de cette médecine est-elle d'être au service de la population dans toute épreuve, et d'être assurée par *les meilleurs*. A l'époque, les services d'urgence étaient les parents pauvres de l'hôpital, et les valoriser ainsi relève presque d'un plaidoyer.

³³ J. de Kervasdoué, *L'hôpital*, Paris, PUF, Que sais-je ?, 2015, p.8.

³⁴ A. Steg, *Rapport sur la médicalisation des urgences*, Commission Nationale de Restructuration des Urgences, 1993.

1.2.1 Mutation progressive des missions au fil du temps

Tout au long des textes officiels, ces missions déclinées par le Professeur Adolphe Steg ont, dès lors, été répétées, déclinées, confirmées. Toutefois, la médecine d'urgence est désormais reconnue, et n'est plus à défendre comme le faisait le Professeur Adolphe Steg. L'élément central de cette discipline est devenu le service des urgences. La loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) de 2009 réaffirme les missions des services d'urgence en garantissant aux *patients* « *l'égal accès à des soins de qualité, - l'accueil et la prise en charge vingt-quatre heures sur vingt-quatre ou l'orientation vers un autre établissement* »³⁵. La déclinaison n'est plus orientée vers les épreuves humaines mais vers les actions spécifiques des services d'urgence, dont la fréquentation, d'ailleurs, ne cesse de croître année après année.

Publiées en 2003 par une circulaire officielle³⁶, les missions des services d'urgence sont multiples, ambitieuses et diversifiées. L'impératif des services d'urgence est le péril imminent menaçant la vie à très court terme, *urgence vitale*, ou le risque de perte d'une fonction, *urgence fonctionnelle*. « *Les services des urgences ont pour mission de prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, ...* »³⁷. Ces soins immédiats comprennent le maintien des fonctions vitales et fonctionnelles, l'identification des problèmes médicaux, l'observation, la surveillance, la mise en route du ou des traitement(s). Enfin, l'orientation des malades doit être assurée de façon adaptée à la situation médicale, que ce soit au sein du service (zone d'hospitalisation des urgences), de l'établissement ou vers un autre lieu (transfert sur un autre centre de soins, consultation, médecine de ville), afin d'assurer la continuité des soins, selon des procédures et/ou conventions préétablies³⁸. Cette prise en charge globale et complète s'adresse tant aux malades qu'aux familles, en évitant les délais d'attente. L'idée dominante est la résolution de la situation aiguë ayant amené la personne à consulter, et ce, dans un laps de temps défini, uniquement dédié aux soins ; l'exclusion de l'attente en étant le corollaire. Les textes successifs, politiques ou professionnels, ont toujours réaffirmé ces missions comme prioritaires.

³⁵ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009 -.

³⁶ Circulaire DHOS 01/n°2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

³⁷ *Ibid.*

³⁸ *Ibid.*

L'accueil des personnes dans les services d'urgence a lieu en permanence, 24 heures sur 24. Il se fait soit directement, les individus venant par leurs propres moyens, soit par les premiers secours³⁹. Sont considérés comme premiers secours, les véhicules équipés du matériel nécessaire pour mettre en condition la victime et procéder à son évacuation vers un centre de soins.

La majorité des personnes (61%) se présentent sans avis médical préalable, le plus souvent par leurs propres moyens (résultats de l'enquête menée un jour donné 11 juin 2013 par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques)⁴⁰. Venir sans avoir consulté un médecin constitue une évolution majeure du recours au système hospitalier, révélant la position d'interface des services d'urgence car situés aux confluent de « *nombreux enjeux de la politique de santé publique* »⁴¹. En effet, nombre d'éléments, intra et extra hospitaliers, ont un impact majeur sur le fonctionnement des services d'urgences.

La circulaire de 2003 stipulait que « *Le besoin de consultations exprimé en urgence, qui appelle dans un délai relativement rapide mais non immédiat, la présence d'un médecin, relève de la permanence des soins assurée par les médecins libéraux.* »⁴². La permanence des soins en médecine de ville, dont le but est de répondre aux demandes des soins, en dehors des périodes usuelles, à savoir la nuit, les week-ends, les jours fériés⁴³, a été profondément modifiée depuis plusieurs années. Faisant initialement partie des missions déontologiques des médecins libéraux, la permanence des soins fonctionne, depuis 2002, sur la base du volontariat, lequel s'est raréfié (diminution de plus de 5% en 2008 soit 1600 praticiens sur le territoire)⁴⁴. Ce phénomène est tel, que sont apparues des « *zones blanches* », à savoir l'absence de couverture médicale. Progressivement, les médecins de garde ont disparu au profit, le plus souvent, d'organismes privés spécifiques de l'urgence. Ce désengagement quant

³⁹ Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), Art. R. 6123-18, JORF du 23 mai 2006.

⁴⁰ Cour des comptes, *Rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, chapitre XII : Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser*, Paris, La Documentation française, septembre 2014, p. 349-377.

⁴¹ Le Sénat, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières*, Session extraordinaire N° 685, *Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé*, 26 Juillet 2017.

⁴² Circulaire DHOS 01/n°2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

⁴³ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2013*, Paris, La Documentation française, septembre 2013, p.337.

⁴⁴ *Ibid*, p.341.

aux soins non programmés⁴⁵ n'est d'ailleurs pas nié par les médecins libéraux. Parallèlement, un autre phénomène s'est ajouté, à savoir la baisse du nombre de médecins généralistes, diminution plus marquée depuis 2010. Ces mutations ont engendré quantité de bouleversements, dont une répercussion majeure sur les services d'urgences. En effet, ces services offrent de façon continue une réponse aux besoins de la population, réponse d'autant plus perceptible que leur répartition sur le territoire est importante. Néanmoins, la réponse proposée n'est pas toujours la plus adaptée pour certaines populations, notamment les personnes âgées⁴⁶. Conjointement, au sein des établissements hospitaliers, la consommation des soins s'est métamorphosée, avec une place de plus en plus importante aux soins non programmés. Ces deux éléments expliquent, au moins en partie, le recours de plus en plus fréquent aux Urgences intra- et extrahospitalières.

Du fait de la modification de cette permanence des soins, nombre de demandes, dont les consultations liées à la précarité, sont fréquemment assumées par les services d'urgence. L'une des caractéristiques des situations à caractère social réside dans leur aspect chronophage et la relative incompétence des professionnels des Urgences à faire face à ces situations, leur formation étant essentiellement dévolue au contexte médical aigu. Aussi, la présence d'une assistante sociale est-elle un atout majeur. Pour autant, tous les services d'urgence n'en disposent pas. Certaines de ces consultations sont dérivées sur la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (P.A.S.S.), issue de la loi de lutte contre l'exclusion de 1998⁴⁷, dont le but était d'orienter au mieux ces personnes. Toutefois, certaines PASS sont méconnues, leur fréquentation dépendant de « [...] *leur visibilité et le degré d'engagement de leurs responsables.* »⁴⁸.

Simultanément à l'activité du service d'urgences en lui-même, d'autres missions incombent aux médecins urgentistes, principalement lors des périodes de garde. La période de garde comprend les horaires nocturnes définis et validés au sein de chaque établissement. Le plus souvent, de la fin à la reprise du service normal, soit de 18h30 à 8h30 les jours ouvrés, cette période de garde peut correspondre au nyctémère en

⁴⁵ Le Sénat, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières*, Op. cit., p.37.

⁴⁶ Cour des comptes, *Rapport public annuel 2012, Tome II, chapitre I-4 – La prise en charge des personnes âgées dans le système de soins : des progrès trop lents*, Paris, La Documentation française, février 2012, p. 179-191.

⁴⁷ Loi 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, JORF 23 décembre 2000.

⁴⁸ Vassy C., « *L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire* », Mouvements, 2004/2(n°32), p.67-74.

cas de jour férié⁴⁹. Durant cette période nocturne, pour les services sans présence médicale permanente, la continuité des soins des malades hospitalisés incombe aux urgentistes, et est de leur responsabilité. Cette activité interne est rarement quantifiée par les services d'urgence, et demeure par conséquent relativement méconnue, ou tout du moins sous-estimée, en volume et charge de travail. Or, cette permanence nocturne auprès des malades hospitalisés peut, le cas échéant, participer à un surcroît de travail non négligeable pour les praticiens des services d'urgences, allant de quelques minutes à plusieurs heures en cas de décompensation aiguë d'un malade. De fait, la mobilisation d'un médecin aux côtés de ces malades pourra faire défaut au service des urgences, où le flux ne se suspend, ni ne s'adapte à la défection d'un médecin occupé ailleurs. Cette activité nocturne non assurée par les services, où sont pourtant hospitalisés les malades ayant besoin de soins en période de garde, ne sont pas sans engendrer quelques répercussions relationnelles entre services.

Depuis 2007, sur arrêté du Ministre de la Santé, tout dysfonctionnement relevé au sein du service d'urgences doit être signalé, afin de suivre la qualité du fonctionnement des réseaux d'urgence⁵⁰. Ce signalement doit se faire, sans jugement, au directeur de l'établissement, au moyen d'une fiche établie par le service des urgences. Cet élément de surveillance traduit sans doute, indirectement, la place importante des services des urgences au sein des réseaux de soins sur le territoire.

1.2.2 S'organiser pour faire face

La répartition des structures d'urgences sur le territoire national, encore dénommée maillage, dépend du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (S.R.O.S.) sous l'égide de l'Agence Régionale d'Hospitalisation⁵¹ (A.R.H.), seule habilitée à délivrer l'autorisation de pratiquer la médecine d'urgence. Chaque Agence Régionale d'Hospitalisation conçoit son propre schéma régional d'organisation sanitaire, le volet urgences ayant été développé entre 1999 et 2004, lors du SROS de deuxième génération. La médecine d'urgence est ainsi organisée en réseaux, dans l'objectif est de pouvoir intervenir en moins de trente minutes, sur l'ensemble du territoire, à toute

⁴⁹ Arrêté du 14 septembre 2001 relatif à l'organisation et à l'indemnisation des services de garde et à la mise en place du repos de sécurité dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux, JORF n°217 du 19 septembre 2001.

⁵⁰ Circulaire DHOS/O1 no 2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences.

⁵¹ J.Y. Grall, *Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences*, Juillet 2015.

demande de soins relevant de l'urgence réelle⁵². Ce délai de trente minutes représente un curseur temporel (semblant) raisonnable pour pouvoir/devoir répondre à l'urgence. Cette limite n'est pas pour autant acceptable ou comprise, par nombre de citoyens jugeant souvent que les secours ne viennent *jamaïs* assez vite, ne sont *jamaïs* assez proches.

La médecine d'urgence peut actuellement avoir plusieurs modalités distinctes d'exercice. Soit la personne se rend dans un établissement de santé comportant une unité dédiée à la prise en charge des urgences, un service d'urgences à proprement parler, ou dans une maison médicale de garde (ouverte la nuit). Soit les secours sont contactés via une régulation téléphonique spécifique, dont le rôle est d'analyser la situation et d'adapter les moyens de secours pour répondre à cette demande. Selon la situation décrite, la régulation téléphonique décidera de diligenter les secours auprès de la personne (via une Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation spécialisée - SMUR ou l'envoi d'un médecin libéral), ou orientera la personne sur une structure de soins adaptée. « *En application de l'article R. 6123-1 du code de la santé publique [...]* », les services d'urgence constituent « [...] *des unités trifonctionnelles assurant à la fois la régulation des appels adressés au service d'aide médicale urgente (Samu), la prise en charge in situ des détresses médicales et la réalisation de soins d'urgence avant et durant le transport du patient, dans le cadre des services mobiles d'urgence et de réanimation (Smur) régulés par le Samu, ainsi que l'accueil continu et sans sélection des personnes se présentant en situation d'urgence dans les établissements de santé* »⁵³. Ces possibilités de prise en charge répondent aux différents types et natures d'urgence, et à la célérité avec laquelle il est judicieux de pouvoir intervenir.

Les conditions liminaires à l'existence d'un service d'urgences au sein d'un établissement de soins sont de disposer de lits d'hospitalisation traditionnelle en médecine, et d'avoir accès à un plateau technique de chirurgie, de biologie, d'imagerie médicale in situ, ou par convention avec un établissement partenaire de soins⁵⁴. Cette précaution révèle à quel point un service d'urgences ne saurait exister sans *un après*, à savoir les moyens lui permettant d'orienter convenablement les personnes dont l'état requiert une hospitalisation.

⁵² *Ibid.*

⁵³ Le Sénat, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières*, *Op. cit.*, p.12.

⁵⁴ J.Y. Grall, *Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences*, Juillet 2015.

Dès l'arrivée dans le service d'urgences, un tri précoce permet de déterminer le niveau de gravité du malade, selon des échelles validées, connues et partagées par tous les soignants⁵⁵. A un niveau de gravité identifiée correspondent des soins de niveau adapté. Ainsi existe-t-il des circuits dénommés courts, pour les urgences non graves, et des circuits plus longs, pour toute situation nécessitant un recours au plateau médicotechnique ; les urgences vraies étant prioritaires. Si la terminologie utilisée est reliée au temps (circuit court/long), elle caractérise surtout la charge en soins nécessaires. Afin de garder à chaque filière ainsi définie homogénéité et cohérence, l'organisation actuelle consiste à ne pas mélanger des malades ne requérant pas le même niveau de soins. Au terme d'un passage au sein du service d'urgences, décision est prise de poursuivre les soins en hospitalisation (in situ ou par transfert vers un autre établissement de soins), ou en ambulatoire (médecine de ville ou consultation externe de l'hôpital), la prise en charge pouvant être plus ou moins finalisée, aboutie, selon le contexte.

La très grande majorité des services d'urgence, pour ne pas dire la quasi-totalité, dispose de lits d'hospitalisation dans une zone dédiée. Depuis 1991, les textes officiels ont instauré l'appellation d'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (U.H.C.D.)⁵⁶, signifiant et spécifiant explicitement que le temps de séjour des malades dans ce service doit être limité. Le but d'un séjour bref est d'éviter de transformer cette unité en zone d'attente - l'expression de *zone tampon* est souvent utilisée pour caractériser cette unité d'hospitalisation - par rapport aux services d'hospitalisation de l'hôpital. En 1991, les malades affectés à cette unité d'hospitalisation requéraient soit un temps de réflexion avant leur orientation, soit quelques heures de surveillance. Ainsi, à l'issue de la prise en charge en U.H.C.D., leur orientation pouvait être soit une hospitalisation en service classique, soit une sortie. Dans ce texte princeps, il était spécifié que cette unité ne devait pas « [...] être une unité de réanimation ou de soins intensifs. »⁵⁷. Au demeurant, exception pouvait être faite « pour des raisons liées à la structure hospitalière, à l'organisation des responsabilités médicales et à une mutualisation des moyens au sein d'une entité centrée sur l'urgence et la réanimation, elle [l'U.H.C.D.] peut être en partie, une unité de soins continus, avec monitoring pouvant dépasser 24 heures pour patients à risque d'instabilité, nécessitant une densité de soins infirmiers

⁵⁵ Société Française de Médecine d'Urgence, *Le triage en structure des urgences*, Recommandations formalisées d'experts, 2013.

⁵⁶ Direction des Hôpitaux, *Circulaire no DH.4B/D.G.S. 3E /91 — 34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des Services d'Accueil des Urgences dans les établissements à vocation générale : guide d'organisation*.

⁵⁷ *Ibid.*

trop élevée pour permettre une hospitalisation ou le maintien dans une unité de soins classiques. »⁵⁸. Cette unité devait donc rester une unité de soins légers, sauf particularité de fonctionnement local, à définir via les projets médicaux.

En 1995, une nouvelle appellation est venue remplacer l'unité d'hospitalisation de courte durée : la zone de surveillance de très courte durée (Z.S.T.C.D.)⁵⁹. Encore une fois, la durée de l'hospitalisation était mise en avant, et même raccourcie (*très courte durée*), sans doute pour insister sur la fonction de cette unité. Or, l'évolution du fonctionnement des services d'hospitalisation des urgences n'a pas été en faveur d'hospitalisations courtes, dévolues à la réflexion, mais plutôt à une zone d'attente, en vue d'une place dans un service d'hospitalisation de spécialité. Ainsi, la terminologie recommandée quelques années plus tard, en 2001, par la société savante, la Société Francophone de Médecine d'Urgence, reprenait la dénomination d'U.H.C.D. inchangée à ce jour. Il arrive néanmoins que cette dénomination varie selon les services, sans modification de la ligne directrice, celle d'une hospitalisation courte. La « *philosophie* » de ce lieu d'hospitalisation était en 2001 ainsi libellée par la société savante : « ...un séjour hospitalier de très courte durée, une efficacité et une efficience de la démarche médicale et des soins »⁶⁰. L'utilisation du terme *philosophie* peut d'ailleurs apparaître comme une irruption incongrue dans un texte de recommandations. Ne fallait-il pas lui préférer le terme de finalité ? Utiliser le mot *philosophie* reste flou et n'attribue pas un cadre rigide, fermé, à cette unité. Néanmoins, oser le terme *philosophie* rend bien compte de la réalité du terrain : tenter, dans la mesure du possible, de ne pas prolonger le séjour au sein de cette unité, véritable centre névralgique, dont la vocation n'est pas d'assurer des soins au-delà de 24 heures. Pourtant, les traditions sont (encore) difficilement bousculées par les textes officiels et/ou recommandations ; l'appellation, dans le langage usuel restant encore parfois celle de *service porte*. L'origine de cette expression « *porte* » serait issue du XVIII^e siècle, période durant laquelle les malades étaient accueillis par la sœur portière, responsable de garder la porte de l'hôpital⁶¹. Le *service porte* désignait ainsi le service situé à l'entrée de l'hôpital, car proche de la

⁵⁸ S.F.M.U., *Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence*, JEUR 2001, 144-152.

⁵⁹ Décret no 95-648 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique. JORF du 10 mai 1995 : pp 7588-9.

⁶⁰ S.F.M.U., *Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence*, JEUR 2001, 144-152.

⁶¹ S. Le Quellec, *Histoire des urgences à Paris de 1770 à nos jours*, Thèse pour le doctorat en médecine, Faculté de Xavier Bichat, 13 Octobre 2000.

porte. La connotation implicite est aussi celle d'être à la porte, à la lisière entre le dedans et le dehors, telle une position hésitante, un entre-deux. Le premier service de ce type ouvert au sein de l'Assistance Publique fut celui de l'hôpital Broussais en 1928⁶². Le but était d'héberger, au sein de ce service, des malades admis la nuit, entre 17 heures et 9 heures du matin.

Ainsi, l'organisation générale d'un service d'urgences est-elle conçue en fonction du niveau de gravité et du type de soins requis, lesquels définissent le parcours de la personne, tout au long de la prise en charge.

1.3 Les services d'urgences comme premier recours

Les services d'urgences, véritables ruches, au fonctionnement ininterrompu, traitent un nombre considérable de personnes.

De 1990 à 2001, le nombre de passages aux Urgences a doublé, passant de 7 à 14 millions par an⁶³. En 2012, 10,6 millions de personnes ont été soignées dans un service d'urgences, dont le quart plus d'une fois dans l'année⁶⁴. La fréquentation des services d'urgences a ainsi augmenté de 30% en dix ans, entre 2001 et 2012⁶⁵. Le chiffre officiel pour l'année 2011 est de 18,5 millions de personnes accueillies (France métropolitaine et départements d'outre-mer confondus) au sein de 750 structures d'urgences⁶⁶. Le taux de recours est, en moyenne, de 220 passages pour 1000 habitants, avec des extrêmes pouvant aller de 180 à 260 selon les régions⁶⁷. Les cas graves, relevant de l'urgence vraie, représentent 10% des passages, dont la moitié d'urgences vitales⁶⁸. La proportion de malades hospitalisés, à partir des Urgences, s'accroît régulièrement passant de 3,6 millions en 2004 à 4,7 millions en 2011⁶⁹. Ces

⁶² Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, *L'organisation des urgences in Accueillir et soigner, l'AP-HP 150 ans d'histoire*, Paris, Doin, 1999, p.81.

⁶³ E. Hubert, *Mission de concertation sur la médecine de proximité*, novembre 2010.

⁶⁴ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), *L'analyse de l'activité hospitalière 2012*, p.14.

⁶⁵ Cour des comptes, *Rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, chapitre XII : Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser*, Paris, La Documentation française, septembre 2014, p. 349-377.

⁶⁶ DREES, *Statistiques Annuelles des Etablissements*, 2011.

⁶⁷ Cour des comptes, *Rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, chapitre XII, Op. cit.*, p. 354.

⁶⁸ J.Y. Grall, *Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences*, Juillet 2015, p.15.

⁶⁹ DREES, *Statistiques Annuelles des Etablissements*, 2011.

chiffres, apposés les uns après les autres, donnent une idée (quasi-)vertigineuse de l'intense activité des services d'urgence. Aucune autre spécialité médicale hospitalière ne connaît pareil flux, ni pareille augmentation, expliquant pourquoi les services d'urgence sont devenus, à la fois, nécessaires et indispensables, au sein de l'offre de soins. Recourir au service d'urgences le plus proche n'est plus un évènement rare pour la population française, certaines personnes étant amenées à consulter plusieurs fois dans l'année.

1.3.1 Evolution de l'utilisation des services d'urgence

Du fait de cette intense activité, les services d'urgence ont bénéficié suite au plan urgences 2004-2008 d'un accroissement de moyens sans précédent : création de près de 5300 emplois dédiés aux Urgences. Consigne a été donnée par la Cour des Comptes, via ce plan urgences, de retravailler les organisations internes des services. Malgré ce travail de fond assorti d'une augmentation conséquente de moyens, les fonctionnements connaissent encore nombre d'aléas. En effet, les dysfonctionnements ne sont pas uniquement dus aux organisations des services d'urgences à proprement parler, car « *les urgences hospitalières offrent un reflet de l'ensemble des dysfonctionnements de notre système de santé.* »⁷⁰. De plus, les services d'urgence sont en interface avec « *la médecine et les maux de la société.* »⁷¹. Situés à la croisée des chemins, de parcours à la fois personnels et/ou médicaux, les services d'urgences sont un lieu d'une singularité forte où se mêlent, les uns à côté des autres, en un même temps et un même lieu, des incidents et des évènements. Incidents de la vie, évènements bénins ou majeurs, devant, pour chacun d'entre eux, avoir si ce n'est une solution, au moins une réponse idoine.

En juillet 2015, au regard de l'afflux croissant dans ces structures de soins, le rapport sur la territorialisation des services d'urgences⁷², rédigé par Jean Yves Grall, alors président de l'Agence Régionale de Santé de la région Nord Pas de Calais, émettait certaines propositions afin de désengorger ces structures. En effet, constat était fait que l'augmentation était liée à des recours semblant inadaptés pour « [...] *une majorité de motifs ne le justifiant pas, le nombre d'urgences vraies restant stable et*

⁷⁰ Le Sénat, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières*, Op. cit.

⁷¹ *Ibid.*

⁷² J.Y. Grall, *Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences*, Juillet 2015

minoritaire »⁷³. Le critère d'analyse était lié au fait que la progression la plus forte portait sur les passages non suivis d'hospitalisation. Juger que ces passages seraient inadaptés reviendrait à considérer que seules les consultations suivies d'hospitalisation relèvent vraiment du recours à un service d'urgences, ce lien causal étant loin d'être absolu⁷⁴. La réflexion de ce rapport était d'émettre des propositions⁷⁵, afin de mieux utiliser la ressource, représentée par les services d'urgences, en distinguant l'urgence réelle des soins non programmés. Cette meilleure utilisation devait :

- garantir un accès à la prise en charge effective inférieur à trente minutes,
- optimiser l'utilisation des ressources qualifiées,
- permettre l'application des nouvelles modalités d'organisation du travail médical dans les structures d'urgences.

Ce travail devait également comporter la révision des territoires en lien avec les agences régionales de santé et une articulation plus étroite avec la médecine de ville^{76,77}.

Ce constat perdure à l'échelon local et national, au niveau politique. Les propositions se succèdent, l'afflux continue de s'accroître, les médias relaient l'état de dépassement de capacités, les tutelles s'inquiètent...Mais aucune des décisions ne permet d'enrayer, et encore moins de résoudre, l'inadéquation entre l'offre de soins d'urgences et la demande issue de la population. L'attitude prépondérante a été d'agir sur la gestion des moyens : augmentation des dotations, modification de l'utilisation des ressources, organisation des schémas régionaux, pour ne citer que ces axes-là. Aucun programme d'éducation ou d'information de la population n'a été officiellement envisagé et/ou enclenché afin d'instruire les personnes sur les réflexes à adopter dans certaines situations.

⁷³ *Ibid.*, p.1.

⁷⁴ Cf. Partie 2.3.2 : *Erreurs de parcours ?*

⁷⁵ J.Y. Grall, *Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences*, Juillet 2015, p.20.

⁷⁶ J.Y. Grall, *Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences*, Juillet 2015, p.26.

⁷⁷ Cour des comptes, *Rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, chapitre XII : Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser*, La Documentation française, septembre 2014, p. 349-377.

1.3.2 Erreurs de parcours ?

Nombre de textes ou rapports ont émis l'hypothèse que le flux pourrait être contenu si certains passages, jugés inadaptés, étaient dérivés sur d'autres structures ou modalités de soins, dont la médecine de ville. Penser qu'il existe des consultations injustifiées ou inadaptées, générant une surcharge de travail, reste sujet à caution. Certains rapports (dont celui de Jean Yves Grall en 2015) énoncent que certaines demandes pourraient « ... trouver réponse adaptée auprès d'autres structures et/ou d'autres professionnels... »⁷⁸. Le conditionnel est celui de la supposition mais relève aussi de la prudence. Cette éventualité de pouvoir dériver une proportion du flux n'est pas si récente. En 1993, le Pr Adolphe Steg, dans le rapport sur la médicalisation des Urgences, indiquait que 38% des passages dans les services d'urgence ne relevaient pas de l'urgence, et que, cumulés aux passages qui auraient pu bénéficier d'une consultation en dispensaire, le pourcentage atteignait 70%⁷⁹. Cette notion souvent colportée fait porter à la population, ne serait-ce que virtuellement, une forme de responsabilité, celle d'un mésusage de l'outil de soins. En effet, implicitement, les *usagers du système de santé*⁸⁰, par leur recours aux services d'urgence, participeraient au dépassement des capacités d'accueil, car leur demande ne relèverait pas de ce type de service. Or, affirmer formellement que la consultation aurait pu avoir lieu ailleurs n'est possible qu'après évaluation ou examen de la personne. Cette caractérisation *a posteriori* du recours permet (artificiellement) d'affirmer que solliciter un service d'urgences n'était pas la solution la plus adaptée, mais induit, de fait, une véritable confusion⁸¹.

Cette confusion est d'autant plus prégnante qu'il existe des publications issues d'enquêtes officielles⁸² relayant cette notion. A contrario, un article (pour n'en citer qu'un seul) datant de 2013 a montré que la qualification d'une venue adaptée ou non sur la simple doléance du consultant - soit *a priori* - était erronée dans 93% des cas⁸³. Cette analyse succincte de venue inadaptée dans un service d'urgences est d'ailleurs parfois

⁷⁸ J.Y. Grall, *Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences*, Juillet 2015, p.16.

⁷⁹ A. Steg, *Rapport sur la médicalisation des urgences*, Commission nationale de restructuration des urgences, 1993, p.11.

⁸⁰ Cette terminologie est issue de la loi du 4 mars 2002, loi relative « aux droits des personnes malades et des usagers du système de santé », (Code de Santé Publique, articles L.1110-1 à L.1115-2).

⁸¹ Braun F., Pateron D., Giroud M., Samu-Urgences de France, Note de synthèse, *Surcharge des structures des urgences et gestion des hospitalisations*, septembre 2013.

⁸² Cash E. et al., « *Enquête qualitative préalable à la définition d'une enquête nationale sur les urgences hospitalières* », Série études et recherche, DREES, Document de travail n° 125, mars 2013.

⁸³ Raven M.C. et al. *Comparison of presenting complaint vs discharge diagnosis for identifying « nonemergency » Emergency Department visits*. JAMA (2013) 309, 11 : 1145-53.

véhiculée par les soignants eux-mêmes qui usent d'une terminologie quelque peu inappropriée, voire condescendante, en parlant de *bobologie*, terme instillant une dérision latente⁸⁴. Cependant, les personnes, regroupées sous ce terme peu amène, ne sont pas la principale cause d'engorgement des services d'urgence, leur filière de prise en charge étant courte et ne nécessitant que peu de moyens⁸⁵.

Une hôtesse de l'air vient consulter pour troubles du transit au décours d'un vol avec escale en pays tropical. L'urgentiste sort de la salle d'examen, manifestement agacé, en disant :

« Celle-là je l'examine rapidement, et elle repart avec son traitement de gastro-entérite vite fait, bien fait. Non mais franchement, venir aux Urgences pour diarrhée...surtout quand t'es hôtesse de l'air et que t'as l'habitude... »

Après avoir fait l'électrocardiogramme, l'urgentiste repère des signes de déséquilibres de la kaliémie nécessitant un bilan. La biologie confirme l'hypokaliémie profonde suspectée sur le tracé, et la jeune femme est hospitalisée en réanimation.

« J'ai failli méchamment me faire avoir sur ce coup-là. Heureusement que je lui ai fait l'ECG », déclare l'urgentiste en redescendant de réanimation.

Les textes et/ou documents affirmant l'existence d'un mésusage des services d'urgence se basent sur la mise en perspective du niveau de gravité avec l'orientation définitive des consultations, soit après la prise en charge effective et complète. Ce constat a notamment été établi par la Cour des Comptes à partir des travaux de la D.R.E.E.S. basés sur la Classification Clinique des Malades aux Urgences (C.C.M.U.)⁸⁶. Or, la CCMU est déduite de l'examen initial du malade et donc d'une partie de la consultation. Tout consultant classé C.C.M.U.1 - *Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences* - aurait pu ne pas consulter dans un service d'urgences. Sa trajectoire alternative est donc affirmée au décours de l'examen clinique et non *a priori*, sur le simple motif de consultation. Cette notion est confirmée par l'étude de 2013 déjà citée précédemment (*Comparison of*

⁸⁴ Cf. Partie 4.3.2.1 : *Constatations ou l'existence d'une coutume langagière*

⁸⁵ Braun F., Pateron D., Giroud M., Samu-Urgences de France, Note de synthèse, *Surcharge des structures des urgences et gestion des hospitalisations*, septembre 2013.p.3-4.

⁸⁶ Cour des comptes, *Rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, chapitre XII, Op. cit.*, p. 349-377.

presenting complaint vs discharge diagnosis for identifying « nonemergency » Emergency Department visits)⁸⁷, comparant des consultations, jugées *a priori* non urgentes, avec le diagnostic final et l'orientation. Dans ce travail, il apparaît clairement que l'affirmation de consultation injustifiée dans un service d'urgences est dangereuse. En effet, l'analyse menée permettait de montrer que, parmi les consultations jugées non justifiées, 11,1%(95% CI, 9,3%-13,0%) des malades correspondaient à des urgences vraies, 12,5% (95% CI, 11,8%-14,3%) relevaient d'une hospitalisation, et 3,4% (95% CI, 2,5%-4,3%) des malades hospitalisés étaient directement pris au bloc opératoire⁸⁸. Ces chiffres, loin d'être négligeables, sont particulièrement éloquentes quant au risque d'erreur, d'autres études confirmant ces résultats. Une prise en charge ambulatoire de ces consultants jugés mal orientés aurait vraisemblablement différé l'accès à une structure hospitalière, ce retard pouvant avoir des conséquences de fait délétères. La notion de mésusage des Urgences est donc à manier avec prudence.

Les textes de référence décrivent le fonctionnement de la médecine d'urgence de façon macroscopique. Si ces textes tentent d'être le plus exhaustifs et le plus précis possibles, leur cadre reste néanmoins virtuel, hors sol, comme pour tout texte de référence, par nature prescriptif. Certains aspects ne relevant pas forcément d'une analyse microscopique, mais d'un prisme (un peu) distinct, ne sont pas envisagés. Comme le souligne François Xavier Schweyer, dans un article intitulé « *Les hospitaliers et la solidarité* » paru en 2007, « *les réformes hospitalières ont toutes été dominées par une philosophie gestionnaire qui, sous-estime la mission sociale de l'hôpital.* »⁸⁹. Dix ans plus tard, cette dimension sociale a d'ailleurs été mentionnée par le rapport du Sénat : *Ils [les services d'urgence] constituent au contraire l'aboutissement de trajectoires individuelles dans ou en dehors du système de soins, et sédimentent à ce titre l'ensemble des problématiques sanitaires et sociales accumulées au cours des différents parcours de santé.* »⁹⁰. Le verbe *sédimenter* n'est pas sans rappeler la difficulté d'orienter les personnes présentant des problématiques sociales, pour lesquelles l'hôpital constitue le dernier, ou le seul, lieu d'accueil, parfois sans issue. Ces consultations, dont la caractéristique sociale est prédominante, pourraient être jugées

⁸⁷ Raven M.C. et al. *Comparison of presenting complaint vs discharge diagnosis for identifying « nonemergency » Emergency Department visits.* JAMA (2013) 309, 11 : 1145-53.

⁸⁸ *Ibid.*

⁸⁹ Schweyer F.X., *Les hospitaliers et la solidarité: la fin d'une évidence*, in - *Repenser la solidarité, L'apport des sciences sociales*, Paris, Puf, Le lien social, 2007, p.723-45.

⁹⁰ Le Sénat, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières*, *Op. cit.*, p.13.

inadaptées. Pourtant, si les services d'urgence ne sont pas spécifiques de ces situations, et ne sont donc pas les plus compétents, ils constituent un lieu d'humanité où ces personnes sont reçues et peuvent trouver un abri, ne serait-ce que temporaire.

1.4 Imprévisible quotidien

La mission des services d'urgences équivaut à une problématique dont le libellé pourrait se résumer comme suit : « être à même de dispenser en permanence des soins adaptés, de qualité, en tenant compte du degré de priorité de chaque personne, malade ». Toutefois, la capacité à donner des soins idoines est soumise à une équation - pour ne pas dire confrontation - inévitable : la congruence entre l'offre et la (les) demande(s). Le terme d'équation, choisi à dessein, sous-entend une ou plusieurs inconnue(s).

1.4.1 Conjuguer offre et demande(s)

L'offre, toujours déclinée au singulier, correspond aux moyens de fonctionnement disponibles : moyens propres au service d'urgences, mais aussi des services hospitaliers. Si les moyens propres au service d'urgences sont, dans l'absolu, connus, leur congruence par rapport à la demande, et inversement, demeure une inconnue au moins relative. Les moyens des services hospitaliers disponibles pour les urgences (rapidité d'obtention d'un avis ou d'un rendez-vous de consultation, nombre de lits vacants pour les urgences) s'apparentent à une donnée plus ou moins connue. En effet, chaque service hospitalier a une activité propre et participe à la prise en charge des malades en provenance des Urgences. Autrement dit, les moyens non utilisés au sein de chaque service hospitalier sont, potentiellement, dévolus aux Urgences. En effet, chaque service assure une activité propre, programmée ou non (gestion des malades relevant de leur filière, sans passer par le service d'urgences), à laquelle se surajoute celle émanant des Urgences. Certains services optent pour un nombre de lits déterminé réservé pour les malades arrivés via les Urgences, d'autres non. L'implication des services hospitaliers est d'autant plus forte qu'ils sont coutumiers de l'urgence au sens clinique. L'exemple des services de chirurgie fortement impliqués dans la prise en charge de l'urgence, notamment en cas de participation à l'accueil des polytraumatisés, peut servir de référence.

La demande globale ou générique correspond à celle émanant des personnes ayant recours au service d'urgences en un temps donné. Cette demande globale est à la fois quantitative et qualitative. L'aspect *quantitatif* de la demande globale correspondant au nombre de consultants, encore dénommés passages, (rapporté à la journée, au mois ou à l'année), ne cesse d'augmenter (augmentation de 30% en dix ans, sur la période de 2001 à 2012⁹¹, mais un accroissement de 42% en comparant 2002 et 2015⁹²). La modification du mode de consommation des soins, devenus une sorte de produit, les demandes extrêmement variées (« *maladies chroniques, personnes âgées, détresse psychique ou sociale, ressentis divers...* »⁹³) induisent mathématiquement, voire inexorablement, une augmentation du nombre de consultations. Ainsi, les personnes âgées sont-elles une des sources les plus perceptibles d'accroissement des consultations : les personnes de plus de 75 ans représentent 12% des passages à l'échelon national⁹⁴. La demande *qualitative* comporte le type de soins nécessaire pour chaque personne, malade, soins dépendant de sa pathologie. La technicisation croissante de la médecine, souvent concentrée à l'hôpital, participe à la modification qualitative des soins. La population, très désireuse de pouvoir bénéficier, à juste titre, de l'amélioration de l'outil de santé, a tendance à venir consulter à l'hôpital plutôt qu'en ville, afin d'avoir un accès facilité à ces techniques.

Les facteurs à l'origine de la modification *quantitative* et *qualitative* de la demande s'avèrent nombreux, souvent intriqués et sans doute non totalement élucidés. La mutation du paysage médical, en ville comme à l'hôpital, est réelle. Pour la médecine de ville, la modification de l'offre de soins est avérée et perceptible, avec notamment la mutation du mode d'exercice (dont l'absence de l'obligation de garde depuis 2003) et du type de soins dispensés (par exemple, les sutures, non rentables, ne sont presque plus pratiquées par les médecins généralistes), pour ne citer que ces deux facteurs quantitatifs et qualitatifs. L'offre hospitalière de soins subit elle aussi des transformations non négligeables : modification *qualitative* (création de filières d'excellence, source de flux spécifiques de malades dont l'accès à l'hôpital notamment

⁹¹ Cour des comptes, *Rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, chapitre XII, Op. cit.*, p. 349-377.

⁹² Le Sénat, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières, Op. cit.*, p.17.

⁹³ J.Y. Grall, *Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences*, Juillet 2015, p.16.

⁹⁴ Le Sénat, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières, Op. cit.*, p.26.

en période nocturne peut être le service d'urgences), modification *quantitative* (incitation à l'accroissement du nombre de personnes traitées du fait de la tarification à l'activité diminuant, par un effet mécanique, le nombre de lits accessibles pour le service d'urgences, certains lits d'hospitalisation traditionnelle étant transformés en lits d'hôpital de semaine). Ainsi existe-t-il une conjonction de phénomènes : la mutation de l'outil en lui-même, cumulée à la modification de son utilisation, tant par les soignants que par la population générale, au sein d'un paysage médical en évolution quasi-permanente.

Pour éclairer l'incongruence potentielle de l'offre et de la demande - le pluriel pourrait être requis pour incarner les mutations précédemment citées -, il faut insister sur le fait que l'aspect *quantitatif* des flux fait abstraction du contexte circonstancié en rapport avec l'aspect non programmé du fonctionnement des Urgences. En effet, mettre en face à face le nombre de passages avec le nombre absolu de lits disponibles ne reflète pas si le(s) lit(s) étai(en)t accessible(s) au moment où les Urgences ont contacté le(s) service(s). Les statistiques transcrivent difficilement les écueils structurels et pratiques du terrain, sauf à les rechercher au cas par cas, heure par heure, ce qui demanderait beaucoup de temps et d'énergie.

Afin d'obtenir une photographie évolutive des soins relevant de l'urgence, le Ministère de la Santé via la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a mené quantité d'études sur plusieurs années. Nombre d'études, chacune axée sur un aspect spécifique de l'utilisation des services d'urgences, ont été conduites afin d'en affiner la compréhension. De 1990 à 1998, une étude longitudinale a permis de prendre conscience de l'affluence croissante dans les services d'urgences : +43% sur cette période⁹⁵. En 2002, une étude complémentaire, publiée en janvier 2003, s'intéressait aux *usagers des services d'urgence* au sein de 150 services⁹⁶. Parallèlement, une étude ancillaire a interrogé, par téléphone, des personnes ayant préalablement consulté dans les services d'urgence, afin de connaître les motifs de recours. La douleur et l'accidentologie représentaient la majorité de ces motifs ; 25% d'entre eux se présentant sans avis médical⁹⁷. A suivi, en octobre 2004,

⁹⁵ Baubeau D. et al., *Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés*, Études et Résultats, n° 72, DREES, juillet 2000.

⁹⁶ Carrasco V., Baubeau D., *Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale*, Études et Résultats, n° 212, DREES, janvier 2003.

⁹⁷ Baubeau D., Carrasco V., *Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières*, Études et Résultats, n° 215, DREES, janvier 2003.

une étude concernant les recours urgents ou non programmés en médecine libérale⁹⁸ conduite auprès de 1400 médecins. Ces recours non programmés représentaient 12% de l'activité totale de ces médecins⁹⁹. En 2012, l'axe d'étude était d'interroger 110 professionnels des Urgences, ces entretiens préparant l'étude suivante de 2013 sur 24 heures. L'enquête nationale, menée sur une journée, le 11 juin 2013, comportait un volet structures d'urgence et un volet consultants. Cette étude ne mettait pas en lumière de mésusage flagrant des services d'urgences, les motifs de recours semblant idoines : motif médical avéré, accessibilité à un plateau médicotechnique, difficulté ou impossibilité de trouver une consultation en ville, transport par un moyen de premier secours¹⁰⁰. Ce résultat allant à l'encontre de la notion de passages indus¹⁰¹. Les trois quarts des personnes n'étaient pas hospitalisées, avec un temps de passage inférieur à 4 heures pour 8 personnes sur 10. Ainsi, au travers de ces différentes études, est-il possible de dresser une photographie des éléments entourant l'urgence, qu'il s'agisse de paramètres ou de data plus tangibles.

L'équation - congruence entre l'offre et la (les) demande(s) - est donc complexe à appréhender, chaque paramètre la définissant étant éminemment variable, imprévisible, peu ou prou, et à la fois spécifique. Résoudre cette équation reste pour le moins hypothétique, mais son expression permet cependant de percevoir, de façon imparfaite, la variabilité importante et les aléas des journées des services d'urgences. Cette dénomination offre(s)/demande(s), aujourd'hui passée dans le langage des tutelles, voire de certains soignants, a été introduite par le mathématicien Antoine-Augustin Cournot en 1838 dans son ouvrage « *Recherche sur les principes mathématiques de la théorie des richesses* »¹⁰². Dans cet ouvrage, Antoine-Augustin Cournot explique que « *la théorie des formules [...] n'a pas seulement pour objet de calculer des nombres ; qu'elle est aussi employée à trouver des relations entre des grandeurs que l'on ne peut évaluer numériquement, entre des fonctions dont la loi n'est pas susceptible de s'exprimer par des fonctions algébriques.* »¹⁰³. Le développement et la justification s'appuient sur des données chiffrées, facilement mesurables numériquement, à savoir la production de denrées et la variation des prix selon la

⁹⁸ Gouyon M., Labarthe G., *Les recours urgents ou non programmés en médecine générale – Premiers résultats*, Études et Résultats, n°471, DREES, mars 2006.

⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰ Boisguerin B., Valdelièvre H., *La moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux hospitalisés*, Études et Résultats, n°889, DREES, juin 2014.

¹⁰¹ Cf. Partie 2.3.2 : *Erreurs de parcours ?*

¹⁰² A.A. Cournot, *Recherches sur les principes mathématiques de la théorie des richesses*, Paris, Hachette, 1838.

¹⁰³ *Ibid.*, p.VIII.

disponibilité de ces dites denrées au regard de la demande (nécessité, besoin ou envie) des consommateurs. Son propos est donc de modéliser une relation par les outils mathématiques que sont les « *fonctions arbitraires* »¹⁰⁴, en stipulant toutefois que certaines relations pourraient s'avérer « *curieuses, à les envisager d'un point de vue purement abstrait, indépendamment du but d'application que l'on se propose* »¹⁰⁵. Antoine-Augustin Cournot parvient à établir des relations mathématiques, et donc numériques, entre des grandeurs ne pouvant être, paradoxalement, chiffrées. L'intrusion de ce lien arithmétique, *arbitraire*, entre des malades requérant des soins et des moyens nécessaires à dispenser ces soins, semble curieux, ce d'autant qu'ils sont mis en quasi concurrence. Pourtant, ce lien répond à la théorie des formules telle que définie par Antoine-Augustin Cournot.

Cependant, l'évolution de l'offre et de la demande n'est pas convergente numériquement générant un hiatus délétère, l'offre étant sous-dimensionnée par rapport à la demande. Pourtant, « *La logique (du choix) suggère qu'à partir du moment où l'offre est déterminée par la demande, les soins seront finalement adaptés aux patients.* »¹⁰⁶. Si cette logique prévaut sur le plan théorique, l'offre n'est jamais surdimensionnée mais bien évaluée à partir de la demande, la réévaluation des critères de jugement étant bien plus lente que le développement des besoins eux-mêmes, à l'origine d'un hiatus. Cette dichotomie entre la vitesse d'évolution des moyens de soins et l'évolution des demandes, quantitative et qualitative, est à l'origine de tensions d'autant plus délétères que leurs conséquences sont directes pour les malades et les soignants. La littérature médicale a permis d'établir un lien entre surcharge de travail dans les structures d'urgences et risques pour les malades, notamment en termes de pronostic¹⁰⁷. Ainsi, une affluence trop importante, à savoir une augmentation de la demande, génère une diminution de la qualité des soins avec un retard à la prise en charge de la douleur, de l'antibiothérapie¹⁰⁸, une augmentation des erreurs

¹⁰⁴ *Ibid.*, p.IX.

¹⁰⁵ *Ibid.*, p.X.

¹⁰⁶ A. Mol, *Ce que soigner veut dire. Repenser le libre choix du patient*, Paris, Presses des Mines, Collection Sciences sociales, 2009, p. 39.

¹⁰⁷ Cowan RM, Trzeciak S, *Clinical Review : Emergency department overcrowding and the potential impact on the critically ill*. Crit Care, 2005 Jun;9 (3):291-5.

¹⁰⁸ Pines J. M., Hollander J. E., Kulstat E et al. *Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain presented at the Society for Academic Emergency Medicine National Assembly*, May 2007, Chicago, IL. Am.J. Em. Med, 2010,38, 304 -9.

médicales¹⁰⁹ et de la mortalité hospitalière^{110,111,112}. De plus, une étude australienne a révélé que la durée de séjour allongée aux Urgences, l'attente plus longue d'un praticien¹¹³ sont des facteurs indépendants prédictifs de mortalité à 7 jours. Le nombre de malades en attente d'hospitalisation présents aux Urgences était notamment pris en compte. L'équipe, à l'initiative de cette étude, a développé l'*Overcrowding Hazard Scale* (OHS), score établissant un lien direct entre disponibilité en lits de l'établissement et durée de passage aux Urgences, laquelle durée étant préjudiciable quant à la qualité des soins dispensés.

1.4.2 Personnel sous pression

Dans la notion d'offre de soins, les moyens humains, véritable clé de voûte du système de soins, doivent également être pris en compte. En effet, comment fonctionner sans effectifs suffisants ? Cette vérité *universelle, première* - « *Pas de santé sans ressources humaines* »¹¹⁴ -, a été formalisée en 2013 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'alliance mondiale des personnels de santé : « *...il n'y a pas de soins de santé sans personnel pour les dispenser.* »¹¹⁵. Cette vérité a valeur d'évidence, mais son énonciation officielle par une organisation de dimension mondiale, l'intronise comme un élément ne pouvant être ignoré, voire opposable. Cette publication de l'OMS interrogeait le concept même de la couverture universelle en matière de santé et son amélioration. Les paramètres essentiels requis¹¹⁶ pour assurer correctement les soins sont :

- la *disponibilité* des agents de santé, en nombre et en compétences,

¹⁰⁹ Kulstad E.B., Sikka R., Sweis R.T. et al, *ED overcrowding is associated with an increased frequency of medications errors*. Am J Emerg Med. 2010 Mar ; 28(3) : 304-9.

¹¹⁰ Kulstad E.B., Sikka R., Sweis R.T. et al, *ED overcrowding is associated with an increased frequency of medications errors*. Am J Emerg Med. 2010 Mar ; 28(3) : 304-9.

¹¹¹ Bernstein S.L., Aronsky D., Duseja R. et al, *The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes*. Acad Emerg Med. 2009 Jan ; 16(1) :1-10.

¹¹² Richardson D.B. *Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency departments overcrowding*. Med J Aust, 2006 Mar 6 ; 184(5) : 213-6.

¹¹³ Spivrilis PC, Da Silva JA, Jacobs IG et al, *The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments*, Med J Aust, 2006 Mar 6 ; 184(5) : 208-12.

¹¹⁴ Organisation Mondiale de la Santé, Alliance mondiale pour les personnels de santé, *Une vérité universelle, Pas de santé sans ressources humaines* – Novembre 2013.

¹¹⁵ *Ibid.*

¹¹⁶ *Ibid.*, p.1.

- l'*accessibilité* pour la population aux agents de santé, à savoir la répartition sur le territoire des structures de soins,
- l'*acceptabilité* par la population des agents de santé, à savoir l'aptitude de chaque soignant à traiter l'autre dignement, à instaurer la confiance,
- la *qualité*, maillon final issu des compétences, des connaissances, des aptitudes et des comportements des acteurs de soins.

Ce constat issu de l'analyse à l'échelon mondial est conforme à la réalité de terrain d'échelon national. En France, l'atlas 2017 de la démographie médicale met en évidence plusieurs aspects évolutifs de la profession médicale, corroborant la pénurie de soignants, et plus spécifiquement de médecins, et ce malgré une augmentation de 4,7% du nombre d'inscrits au Conseil National de l'Ordre entre 2015 et 2016¹¹⁷. La comparaison entre 2010 et 2017 pointe les tendances causales suivantes : « *baisse du nombre de médecins en activité régulière, féminisation de la profession, renouvellement générationnel* »¹¹⁸, « *creusement des inégalités territoriales* »¹¹⁹, « *l'intérêt prioritaire pour une activité salariée par la majorité des nouveaux inscrits*¹²⁰ ». Indépendamment de ce constat, ces paramètres ne sont, pour la plupart, peu ou pas corrigibles.

Certains marqueurs de terrain, véritables paramètres, transcrivent la pénurie de soignants tels le nombre de postes vacants de médecins par service d'urgences, la longévité des soignants et leur turn-over au sein du service, la moyenne d'âge. Mais hélas, ce constat de manque de personnel, notamment médical, récemment réaffirmé dans différents textes et rapports officiels, existe et perdure en fait depuis plus d'une vingtaine d'années. En 1993, le rapport d'Adolphe Steg sur la médicalisation des Urgences insistait sur la « *gravité* » de la situation quant à la carence de médecins urgentistes, obligeant la commission nationale de restructuration des Urgences à mettre ce sujet au centre de la réflexion¹²¹. Vingt ans plus tard, en 2013, l'enquête *un jour donné* de la DREES révélait encore des insuffisances persistantes dans le recrutement de médecins qualifiés en médecine d'urgence : « *De nombreux*

¹¹⁷ CNOM, *Atlas de la démographie médicale en France, Profils comparés : 2007/2017, les territoires au cœur de la réflexion*, janvier 2017, p.109.

¹¹⁸ *Ibid.*, p.2.

¹¹⁹ *Ibid.*, p.110.

¹²⁰ *Ibid.*, p.117.

¹²¹ A. Steg, *Rapport sur la médicalisation des urgences*, Commission nationale de restructuration des urgences, 1993, p.6.

établissements signalent des difficultés pour le recrutement et la stabilisation du personnel médical des structures des urgences, gage de qualité. La mutualisation du personnel avec le SAMU ou le SMUR semble rendre les postes plus attractifs [...]. (À défaut,) il est souvent fait recours à du personnel intérimaire apparemment bien mieux rétribué ...»¹²². En 2015, le rapport sur la territorialisation des Urgences confirmait cette donnée en évoquant une possible « ...diminution de la vocation vers la formation de médecin urgentiste et la difficulté à (en) recruter »¹²³.

Pourtant, la médecine d'urgence est à ce jour reconnue comme une discipline à part entière, et qui plus est une spécialité. Cette reconnaissance, hélas tardive, permet de valoriser cette profession ayant souffert pendant de nombreuses années d'une image peu valorisante.

Septembre 1996, en service de pédiatrie, un soir de garde.

« Alors que fais-tu après ta thèse ? Des remplacements ? demande le senior à l'interne en dernier semestre, filière médecine générale, qui quitte le service un mois plus tard.

- Je vais travailler aux Urgences, répond l'interne.*
- Ah...urgentiste...c'est celui qui sait tout juste attendre l'arrivée du spécialiste... ».*

A l'époque, la spécialité de médecine d'urgence n'existait pas. En 2004, un diplôme d'études spécialisées complémentaires¹²⁴ (D.E.S.C.) a été créé, remplacé depuis 2015 par un diplôme d'études spécialisées¹²⁵, (D.E.S.). Cette modification devrait accroître le nombre de jeunes médecins désireux de devenir urgentistes. Si la création et, de fait, la reconnaissance de la spécialité d'urgentiste est à saluer, les vocations et leur devenir seront forcément fonction des conditions d'exercice de cette discipline. Le rapport du Sénat de 2017 confirmait de façon indirecte ces conditions difficiles d'exercice au sein des Urgences, en soulignant « l'investissement exceptionnel des équipes » et l'importance de « leur compétence, [à] leur dévouement, parfois même

¹²² DREES, *Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ?*, juin 2013, p.11.

¹²³ J.Y. Grall, *Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences*, Juillet 2015, p.13.

¹²⁴ Nemitz B., Carli P. et al., *Référentiel métier-compétences pour la spécialité de médecine d'urgence*, Ann. Fr. Méd. Urg, March 2012, Volume 2, Issue 2, p.125-138.

¹²⁵ Arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine, Journal Officiel du 4 décembre 2015.

leur abnégation »¹²⁶ permettant le fonctionnement optimal de ces structures pourtant très exposées.

A l'échelon national, l'insuffisance de médecins a généré une offre inférieure à la demande, à savoir plus de postes disponibles que de candidats, ces derniers ayant l'embarras du choix de leur lieu et mode d'exercice. Le statut de médecin intérimaire a donc émergé, avec une rémunération nettement supérieure à celle de médecins titulaires ou tout du moins temps plein. Ces intérimaires peuvent choisir leur lieu d'exercice (lieu le plus souvent ponctuel), leurs jours et temps de travail. Par ailleurs, ces médecins intérimaires se dérobent à l'obligation de la continuité de service en cas de problème impromptu sur le planning, tout en profitant de montants de rémunération plusieurs fois supérieurs à ceux touchés par les titulaires. Cette situation ne concerne pas que les services d'urgences, mais bien l'hôpital public en général. Le Ministère de la Santé a récemment annoncé des mesures pour inciter les jeunes médecins à avoir des carrières hospitalières : prime d'engagement, amélioration des droits sociaux, prime d'exercice territorial, deuxième palier de la prime de service public exclusif, prise en compte du temps de travail pour les soins programmés en première partie de soirée¹²⁷.

1.4.3 Ne plus pouvoir faire face

Comme précédemment évoqué, la fluidité du parcours de soins à partir des services d'urgence dépend de nombre de paramètres, lesquels influent plus ou moins directement sur la qualité des soins. Une étude récente publiée dans un journal destiné au grand public titrait en date du 13/09/2016 : « Urgences : plus d'un hospitalisé sur dix est mal orienté »¹²⁸. Cette accroche journalistique s'appuie sur les résultats de l'étude de la DREES menée le 11 juin 2013, et dont le titre de publication était « La moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux hospitalisés »¹²⁹. D'un rapport au titre positif rendant compte de la performance des services d'urgence, le média a préféré mettre en avant un dysfonctionnement réel, au moyen d'un chiffre nettement

¹²⁶ Le Sénat, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières*, Op. cit., p.12.

¹²⁷ Communiqué de presse du 4 octobre 2016.

¹²⁸ Jeanblanc A., *Urgences, plus d'un patient sur dix est mal orienté*, 13/09/2016, lepoint.fr

¹²⁹ Boisguerin B., Valdelièvre H., *La moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux hospitalisés*, *Etudes et résultats*, n°889, DREES, juin 2014.

moins élogieux. L'alerte journalistique était flagrante, avec pour cible le risque lié aux limites du système de soins, tout en jetant l'opprobre et le discrédit sur les professionnels des services d'urgence.

Comment qualifier les limites du système de soins le plus justement possible ? L'appellation consacrée est celle de *saturation*. Etant situé entre la ville et l'hôpital, tout service d'urgences est confronté aux limites de chaque élément du système, sans toutefois avoir la possibilité d'agir sur l'un d'entre eux. Les acteurs de soins des Urgences ayant pour seules ressources « leur *adaptabilité*, leur *inventivité*, leur *ingéniosité*, et un *sens profond du service public* »¹³⁰. La règle d'or est de s'adapter au plus vite à toute variation de rythme pour ne pas se laisser déborder, telle une tactique aux allures militaires.

Les facteurs à l'origine des épisodes de saturation sont multiples :

- *facteur structurel* : manque de lits d'hospitalisation en aval des Urgences (fermeture de lits notamment en périodes de vacances ou taux d'occupation trop important ne permettant pas de placer un malade), difficulté d'accessibilité au plateau médicotechnique (par exemple panne du scanner obligeant à différer l'examen et ne permettant pas de mener à bien la démarche diagnostique)...
- *facteur humain* : pic d'affluence dépassant les capacités d'accueil, manque de moyens humains, refus d'admettre le malade même si celui-ci correspond à l'unité d'hospitalisation pressentie par manque de personnel ou pour éviter de prendre spécifiquement ce malade (le choix entre différents malades autorisant à prendre celui qui sera le plus facile à gérer), retard à l'obtention d'un avis spécialisé allongeant la durée de passage des malades, refus du malade et/ou de ses proches d'être transféré sur un autre établissement...
- *facteur extérieur indépendant type catastrophe* : la canicule, modèle de catastrophe prolongé, représente un exemple déjà ancien au cours duquel la saturation fut majeure, malgré l'instauration d'un plan blanc. A l'afflux massif de malades s'est ajouté, comme facteur de saturation, la durée de l'épisode sur plusieurs jours, le plan blanc ayant été conçu pour faire face à des catastrophes circonscrites et de courte durée. En novembre 2015, les attentats avaient pour

¹³⁰ Le Sénat, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières*, Op. cit., p.12.

particularité d'avoir lieu en plusieurs endroits de façon très rapprochée, complexifiant l'analyse initiale et le dimensionnement des soins à apporter. Sans compter que le type de soins liés à ces attaques terroristes était très inhabituel.

Indépendamment du facteur causal, la genèse de la saturation est, le plus souvent pour ne pas dire toujours, liée à l'inadéquation entre malades présents et moyens disponibles. Or, cette inadéquation, ce hiatus entraîne une dégradation certaine de la qualité des soins, ce d'autant que le temps d'adaptabilité des moyens s'avère plus lent que l'évolution des besoins. En effet, les besoins peuvent s'accroître de façon très rapide (affluence inhabituelle lors d'une période d'épidémie, par exemple), les moyens ayant une inertie plus longue pour s'adapter (ouverture de lits supplémentaires, déconvocation des soins programmés). La temporalité des besoins est plus aiguë, plus brève, que celle de l'accroissement des moyens : les soins doivent être faits avec les moyens accessibles à un moment donné. La sensation d'isolement des personnels est d'autant plus prégnant que leur prisme d'analyse diffère de celui de l'administration. L'analyse administrative s'apparente à une photographie c'est-à-dire à une impression figée, alors que le vécu du terrain correspond à un film, à savoir la tension permanente entre les malades réellement présents et les moyens disponibles pour chacun d'entre eux. Une image versus un déroulement, une réduction de la diversité en regard d'une multiplicité des demandes, générant une opposition axiale entre général/singulier pour utiliser et transposer une opposition décrite par Luc Boltanski¹³¹ dans le domaine sociologique.

Quelle que soit l'origine de la saturation, la ou les conséquence(s) sont identiques : allongement de la durée de passage, voire, le cas échéant, le maintien dans les couloirs des malades n'ayant pu obtenir un lit d'hospitalisation.

« Il n'y a plus de place nulle part, vous allez passer la nuit ici, et demain il fera jour. », dit un urgentiste à une vieille dame qui s'étonne de ne pas avoir une vraie chambre.

Ce séjour inhospitalier dans un couloir représente en quelque sorte l'acmé symbolique des limites du système de soins. Cette (non) orientation est discordante, pour ne pas dire contraire, avec le but même de la prise en charge. Qui plus est, le

¹³¹ L. Boltanski, *L'amour et la justice comme compétences*, Paris, Métailié, 1990, p.26.

praticien est responsable du malade présent dans son service, indépendamment des conditions d'hospitalisation, et doit assurer sa sécurité. Ne pas être admis dans le service adapté engendre une mise à l'écart, en dehors des « circuits » habituels.

Le transfert éventuel de ces malades sur d'autres structures de soins se heurte à plusieurs écueils :

- le refus potentiel des malades légitimé par le choix opposable de leur établissement de soins mentionné dans le Code de Santé Publique^{132,133,134},
- la consigne donnée par les tutelles administratives de ne pas transférer les malades (politique du « zéro transfert ») afin de ne pas perdre d'activité. Cette consigne met en jeu la responsabilité des soignants,
- l'obligation d'assurer la continuité des soins (article 47 du code de déontologie médicale)¹³⁵, y compris dans un couloir, au péril de la sécurité du malade et de la responsabilité non seulement professionnelle, mais également humaine,
- la disponibilité et la congruence des places dans les établissements pressentis pour ce transfert,
- l'aspect délicat et chronophage du transfert,
- le risque d'aggravation du malade au cours du transport, obligeant à ne pas commettre d'erreur d'analyse de la situation clinique avant cette orientation.

1.4.4 Entre tension(s) et catastrophe(s)

L'une des priorités politiques est la gestion de l'outil de santé au sens comptable, à échelle économique, et non au sens humain, c'est-à-dire le service rendu pour chaque malade. Rendre des comptes est une préoccupation ayant colonisé, investi la sphère du soin au sens concret. Les soignants doivent rendre des comptes, à savoir des

¹³² Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Code de déontologie médicale, Novembre 2012*, Article 47, article 4127-47 du Code de Santé Publique.

¹³³ *Ibid.*

¹³⁴ Article L1110-8 du Code de la Santé Publique.

¹³⁵ Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Code de déontologie médicale, Novembre 2012*, Article 47, article 4127-47 du Code de Santé Publique.

chiffres d'activité qui déterminent un budget, lequel pourra être/sera remis en cause en cas de baisse de cette dite activité. Ainsi, lorsque les flux sont en diminution, les interrogations fusent pour expliquer la baisse de fréquentation d'un service. Les soignants peuvent être interrogés quant à cette baisse d'activité, voire culpabilisés par les tutelles, alors que le recrutement d'un service d'urgences est indépendant de leur action. Cette dimension comptable est tellement prégnante que des termes, jusqu'alors non alloués aux soins, ont fait irruption dans le quotidien (rentabilité, dépassement de budget par exemple). Cette intrusion est actuellement passée dans le langage journalier sans faire de bruit¹³⁶.

Schématiquement, le fonctionnement pratique des services d'urgences dépend de l'afflux et de l'aval. L'afflux reste non maîtrisable et doit d'ailleurs être envisagé comme tel, sauf à informer la population quant à l'usage, au *bon usage*, des structures de soins ; cette notion restant sujette à caution. Pareille démarche d'éducation s'inscrit à un niveau national, dans la durée, et nécessite des moyens conséquents indépendants des professionnels de santé. Les paramètres d'afflux et d'aval présentent eux-mêmes un caractère peu prévisible, les services d'urgence devant y faire face quoi qu'il advienne.

Le Ministère de la Santé a d'ailleurs recommandé d'analyser les flux quotidiens, et de mettre en place « *des éléments opérationnels de veille* »¹³⁷ journaliers. Cette analyse, conduite par une cellule de veille dédiée, met en perspective le flux (*nombre de passages dans le service d'urgences dont les patients de plus de 75 ans, nombre de patients en attente d'examen*), et les capacités d'accueil réelles de l'établissement (*nombre de patients en attente d'un lit d'hospitalisation, lits d'hospitalisation disponibles en zone d'hospitalisation des urgences et au sein de l'établissement*)¹³⁸. Le but de cette veille est de pouvoir détecter le plus précocement possible des indicateurs de tension, dont certains sont laissés à l'appréciation de chaque établissement. Le choix libre de ces indicateurs, précurseurs des dépassements de capacités, respectait les spécificités de chaque centre et évitait de comparer des structures sur des critères éloignés de leur problématique. Cependant, afin d'éviter tout biais d'analyse de la situation rencontrée et toute disparité entre les établissements de santé, les indicateurs de tension minimaux sont définis comme suit : « *augmentation de 20% du nombre de passages sur 3 jours*

¹³⁶ Cf. Partie 2.4.1 : *Conjuguer offre et demande(s)*

¹³⁷ Ministère de la Santé, *L'établissement de santé en tension, Les éléments opérationnels de veille de l'activité quotidienne dans les établissements de santé et les seuils de déclenchement du plan blanc*.

¹³⁸ *Ibid.*, p.9.

consécutifs, ou 10 % du nombre de malades quotidiens sans solution d'hospitalisation pendant plus de huit heures »¹³⁹. En cas de dépassement de capacités risquant d'aboutir à une situation périlleuse voire dangereuse, le directeur d'établissement, ou son représentant, doit être averti afin de déclencher, le cas échéant, le plan blanc usuellement réservé à une situation dite de catastrophe.

L'assimilation de certaines configurations à une situation de catastrophe n'est pas inepte du fait de l'écart entre le niveau d'activité et des capacités d'accueil contraintes voire limitées¹⁴⁰. L'effet d'engorgement est réel et les risques pris s'avèrent majeurs. Le but du plan blanc est de pouvoir déployer des moyens supplémentaires permettant de faire face à un « [...] évènement exceptionnel à conséquences sanitaires graves, dépassant les capacités immédiates de réponses adaptées. »¹⁴¹. Toutefois, ces tensions peuvent exister très régulièrement, sans forcément atteindre le degré réglementaire défini par les tutelles, ou sans déclenchement du plan blanc. Ces surtensions, très fréquentes, ou ces à-coups de fonctionnement jugés non périlleux par les tutelles, malmènent et usent les soignants ; les risques étant, de fait, majorés. De pareilles circonstances ne sont pas une exception française, mais existent également dans les pays anglo-saxons¹⁴².

Les situations de dépassement de capacités existent, de façon chronique, pour des périodes plus ou moins longues, et auraient même (parfois) tendance à être quasi-permanentes. Cet état de fait « [...] qui semble correspondre à une tendance sociétale de fond »¹⁴³, est connu tant par les soignants que par les tutelles régulièrement alertées. Les plus hautes instances de l'état, dont le Sénat, ont, elles aussi, pris la mesure de cette activité intense et s'en inquiètent¹⁴⁴. De plus, la population ne peut les ignorer, les médias relayant régulièrement les épisodes les plus critiques et les interpellations lancées par les professionnels eux-mêmes. Ces alertes surgissent lorsque le risque de ne pas pouvoir remplir correctement les missions de soins interfère avec le quotidien ; les périodes hivernales d'épidémie grippale, par exemple, étant souvent sujettes à sollicitation médiatique. Les situations de dépassement des

¹³⁹ *Ibid.*

¹⁴⁰ *Ibid.*

¹⁴¹ *Ibid.*

¹⁴² Braun F., Pateron D., Giroud M., Samu-Urgences de France, *Note de synthèse, Surcharge des structures des urgences et gestion des hospitalisations*, septembre 2013.

¹⁴³ Le Sénat, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières*, *Op. cit.*, p.36.

¹⁴⁴ *Ibid.*, p.15.

capacités d'accueil existent lors de l'inadéquation entre afflux et aval, ou en cas d'afflux massif sur une période courte embolisant l'aval de façon progressive. Le dimensionnement des infrastructures et des équipes n'est pas flexible à l'envi, raison pour laquelle l'engorgement peut avoir lieu. En effet, les moyens alloués en termes de personnels sont définis à partir de chiffres d'activités annuels¹⁴⁵, des moyennes, et non selon les chiffres extrêmes. Or, ces fréquentations maximales sont éminemment variables dans le temps. Si elles sont synonymes de dépassement des capacités, elles restent gravées dans les mémoires des équipes, tels des records. Les personnels parviennent à s'adapter pour des variations d'activités « raisonnables », mais sont mises à rude épreuve lors de pics intenses et imprévus d'activité. De plus, les risques auxquels ces équipes, et conséquemment les malades, sont exposés ne sont pas des projections ou des élucubrations des soignants.

Un plan spécifique a été élaboré pour les situations de tension sans déclenchement du plan blanc. Ce plan dénommé « *Hôpital en tension* »¹⁴⁶ a été instauré depuis 2006. La tension est définie dans ce plan comme « [...] *une situation exceptionnelle, conséquence d'une inadéquation entre les moyens disponibles (lits d'hospitalisation et personnels) et les besoins immédiats d'hospitalisations non programmées* »¹⁴⁷. Les sources de tensions avaient pour origine l'affluence, le défaut d'effectifs soignants aux Urgences, les carences de lits d'aval¹⁴⁸. Si certaines périodes sont/étaient plus propices que d'autres à ces tensions¹⁴⁹, il semblerait que cette tendance s'estompe ; les tensions devenant de plus en plus fréquentes voire permanentes sur des périodes de plusieurs semaines. L'étude du 11 juin 2013 menée par la DREES¹⁵⁰ montre que les causes de dépassement de capacités sont multifactorielles¹⁵¹ dans 30% des cas (insuffisances de l'offre de ville, afflux inhabituel de personnes, pénurie de lits, absence de certains agents...), et conjoncturelles dans 16% des cas. Lors d'une enquête commanditée par le Ministère de la Santé auprès des agences régionales de santé, menée un jour donné de novembre 2013, 100 établissements étaient déclarés « en tension » sur 654

¹⁴⁵ Samu-Urgences de France, *Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence - sudf_effectifs_médicaux-et-non médicaux*, novembre 2011.

¹⁴⁶ Circulaire DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis.

¹⁴⁷ *Ibid.*, p.5.

¹⁴⁸ *Ibid.*, p.6.

¹⁴⁹ *Ibid.*, p.8.

¹⁵⁰ DREES, *Les urgences hospitalières qu'en sait-on ?*, juin 2013.

¹⁵¹ Cour des comptes, *Rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, chapitre XII : Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser*, La Documentation française, septembre 2014, p. 361.

structures¹⁵², soit 15% des services. Ce constat n'est pas récent mais perdure au fil des années. La Cour des Comptes a émis des recommandations issues de ces constatations en 2009¹⁵³ et en 2010¹⁵⁴. La synthèse faite par le Sénat en 2017 dans son rapport 685¹⁵⁵ était issue de conclusions identiques datant de 2014. Autant dire que le constat perdure, que les propositions s'essoufflent, le flux augmentant plus vite que les moyens.

Face à ces pics de fréquentation, le principal écueil est le manque de fluidité dans le déroulement des prises en charge. En effet, plus le nombre de personnes s'accroît, plus les délais de prise en charge augmentent, par accroissement de la charge globale en soin. Afin (de tenter) d'éviter ces situations mettant en péril les malades relevant de l'urgence vraie, les mesures prises, sources d'améliorations, ont été régulières depuis les années 2000 dans le but d'optimiser les délais de passage. Certaines modifications patentées ont eu lieu : filières de soins différenciées (circuits courts/longs), adaptation et/ou modernisation architecturale des locaux, ouverture de départements d'aval des Urgences dédiés à des malades ne nécessitant pas une hospitalisation très courte (inférieure à 24 heures), gestionnaire de lits (programmation des hospitalisations, recherche de lits en temps réel pour les Urgences), création de filières gériatriques dédiées¹⁵⁶. Ces évolutions dans l'organisation des services d'urgences ont eu des conséquences perceptibles.

La mesure du temps de passage (de l'inscription de la personne jusqu'à sa sortie administrative du service) est souvent l'un des premiers indicateurs choisi pour avoir un reflet général du fonctionnement d'un service d'urgences. Le temps de passage donne une appréciation globale, mais grossière, de la réalité du terrain. Comme dans toute moyenne, les passages rapides améliorent le temps de passage moyen, par pondération des passages longs. Or, les passages longs, reflets de l'ensemble de la chaîne de soins, sont très significatifs des difficultés de fonctionnement, car ils

¹⁵² *Ibid.*, p. 349-377.

¹⁵³ Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers, *Réduire les temps d'attente et de passage aux urgences*, mai 2009.

¹⁵⁴ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010, chapitre XII : la permanence des soins*, La Documentation française, septembre 2010, p. 296-316.

¹⁵⁵ Le Sénat, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières*, *Op. cit.*, p.15.

¹⁵⁶ Cour des comptes, *Rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, chapitre XII, Op. cit.*, p. 349-377.

nécessitent de recourir au plateau médicotechnique¹⁵⁷. Ainsi est-il possible, selon le(s) critère(s) choisi(s) et l'analyse attenante, de gommer ou de pondérer les dysfonctionnements et de donner une image faussement rassurante du fonctionnement des Urgences. Pour exemple, en 2014, le temps de passage moyen au sein d'un établissement public d'une personne venue consulter en urgence en Ile de France était de 168 minutes¹⁵⁸. L'étude menée à l'échelon national par la DREES en juin 2013 révélait que la moitié des consultants restait moins de deux heures. Ces chiffres, sortes de focus ciblé, peuvent sembler satisfaisants mais méconnaissent, sciemment, les délais extrêmes de passage pourtant témoins de réelles situations de blocage.

Si le temps de passage reste une valeur à prendre en compte, il n'est qu'une perception indirecte des difficultés des services d'urgences. En effet, il s'agit d'une mesure « fixe » selon l'expression utilisée par Antoine-Augustin Cournot : « *Tout ce que l'homme peut mesurer, calculer, systématiser, finit par devenir l'objet d'une mesure, d'un calcul, d'un système. Partout où les rapports fixes peuvent se substituer à des rapports indéterminés, la substitution s'accomplit en définitive. C'est ainsi que s'organisent les sciences et toutes les institutions humaines.* »¹⁵⁹. Le temps, élément mesurable compréhensible par tous, se substitue à la dimension de qualité des soins, introduisant une sorte de biais dans l'analyse. Le rapport de la DREES de 2013 mettait (enfin) en exergue l'existence de difficultés *qualitatives*, non prises en compte par les analyses des indicateurs usuels, mais nécessitant des questions structurées, dans le but de comporter le moins « *d'ambiguïté possible* »¹⁶⁰. Une mesure distincte des temps de passage non seulement par filière, mais aussi par pathologie, en corrélation avec la fréquentation horaire du service d'urgences et le taux d'occupation de l'hôpital, serait plus pertinente. Sorte d'analyse croisée, l'ensemble des paramètres cumulés donnerait un reflet moins distant de la situation, mais plus complexe à concevoir.

1.5 Rendre des comptes

Etre soignant requiert des compétences destinées à porter assistance à autrui, à prodiguer des soins, du soin, en vue, au mieux, d'une guérison ou, selon les cas, d'une

¹⁵⁷ Devkaran S., Parsons H, Van Dyke M et al. *The impact of a fast track area on quality and effectiveness outcomes: A Middle Eastern emergency department perspective.* BMC Emergency Medicine 2009 ; 9:11. Published online 2009 Jun 17. doi: 10.1186/1471-227X-9-11

¹⁵⁸ Commission Régionale d'Experts Urgences Ile de France, *Activité des services d'urgence Ile de France*, année 2014.

¹⁵⁹ A.A. Cournot, *Op. cit.*, p.4.

¹⁶⁰ DREES, *Les urgences hospitalières qu'en sait-on ?*, juin 2013, p.12.

stabilisation de la maladie. La compétence est une « *connaissance approfondie, habileté reconnue qui confère le droit de juger ou de décider en certaines matières.* »¹⁶¹. Cette notion de *droit* devient *devoir* en matière de soins, surtout en situation d'urgence.

Les compétences des soignants ont la spécificité comme la particularité d'être extrêmement variées et multiples. Elles s'inscrivent de ce fait dans un *modèle de compétence*. La définition d'un *modèle de compétence* est empruntée à Luc Boltanski : « [...] un modèle de compétence, *c'est-à-dire comme une mise en forme de la compétence que les acteurs mettent en œuvre lorsqu'ils agissent par référence à la justice et des dispositifs qui, dans la réalité, supportent et confortent cette compétence en lui assurant la possibilité d'être efficace.* »¹⁶². Ainsi, les soignants sont-ils (doivent-ils être) capables d'adapter la compétence brute à la singularité de la personne, malade, ou plus exactement aux personnes, malades, dont ils ont la charge. Cette adaptation à l'autre sollicite un principe de référence, la justice, moteur de nos actes. Selon Aristote, la justice est la vertu ultime qui « [...] *ne nous regarde pas : c'est parce qu'elle regarde autrui. Elle sert en effet les intérêts d'un autre quand elle nous fait agir* [...] »¹⁶³. Cette notion de justice pourrait/devoir être qualifiée, dès lors qu'il s'agit de soin, de particulière puisque destinée à la personne dont il est question. La justice s'intéresse à autrui, notamment en contexte d'urgence, car le soignant est responsable et donc redevable des actes menés sur cette personne.

Sans ce *modèle de compétence*, l'utilisation des compétences serait moins pertinente, moins spécifique à/de la personne, malade, et donc moins efficace. La dimension d'efficacité, motivée par l'adaptabilité à la singularité de la personne, malade, sous-entend et révèle à la fois la justesse et la justice des soins. En effet, tant la justesse que la justice, intimement liées car complémentaires en matière de soins, existent du fait même de l'intégration de la spécificité de l'autre. La justice comme la justesse convoquent l'engagement du soignant, engagement d'autant plus inévitable qu'« [...] *il est important de ne délaisser personne.* »¹⁶⁴ ; l'absence d'abandon conduisant de nouveau à la justice. Ce *modèle de compétences* procède ainsi d'un cercle vertueux. Les compétences sont adaptées à la personne, malade, du fait du principe de justice, permettant des soins justes lesquels procèdent de la justice. Un néologisme pourrait être la *justiesses* des soins, conjuguant justice et justesse.

¹⁶¹ Le Robert, *Op. cit.*

¹⁶² L. Boltanski, *L'amour et la justice comme compétences*, *Op. cit.*, p.67.

¹⁶³ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, *Op. cit.*, Livre V [1129 b 31 – 1130 a 5].

¹⁶⁴ A. Mol, *Op. cit.*, p.51.

La dimension comptable puis gestionnaire, *a priori* étrangère aux soignants, a peu à peu infiltré le champ du soin, en ajout des compétences, telle une exigence tutélaire. « *(Cependant,) parallèlement à la myriade de micro conflits qui peuvent apparaître pour obtenir une prestation, une information ou une autorisation, semble ressortir une contradiction plus durable dans laquelle baignerait l'ensemble du monde hospitalier. Elle concerne la divergence de vues et d'intérêts entre, d'une part, ceux qui allouent des ressources et, de l'autre, les « ressources » elles-mêmes, placées directement au service de la santé des patients* »¹⁶⁵. Certains personnels de soins, dont les chefs de pôle, de service, les cadres de santé, ont graduellement été amenés à optimiser les chiffres d'activité en regard de l'attribution des moyens, afin de rendre des comptes, *in fine*, aux allocataires de ressources. Ainsi, leur position est-elle double - parfois dichotomique -, car devant conjuguer ou concilier la finalité de leur travail avec l'aspect financier, ou tout du moins faire en sorte de ne pas dépenser trop au regard du nombre de personnes à traiter, voire de dégager sciemment des bénéfices. Si chaque « partie » s'évertue à optimiser le fonctionnement de l'outil hospitalier, leurs visions diffèrent : les uns, soignants, prodiguent les soins tout en se préoccupant de la gestion des moyens et en devant rendre des comptes, les autres, gestionnaires, cherchent à rentabiliser le coût de « l'outil hôpital » et à ne pas distribuer de moyens excédentaires. Cette vision comptable transfigure, pour ne pas dire pervertit les soins en les assimilant à des biens de consommation.

L'évaluation gestionnaire des soins est d'autant plus délicate qu'elle ne peut ignorer des nuances à la hauteur de l'enjeu : la protection du vivant, curative ou palliative selon les cas. Calculer le coût des soins est une mesure quantitative, chercher la guérison requiert une quantité de soins mais conjugue aussi, voire positionne en premier, leur nécessaire et indispensable qualité. Les logiques animant les protagonistes, gestionnaires et soignants, ne sont pas identiques. Si le coût prévalait sur la vie, les innovations coûteuses ne pourraient être développées. Alors s'il est licite de quantifier les soins, la collusion ne doit pas aller jusqu'à confondre le coût brut avec la rentabilité et, *in fine*, à un stade ultérieur, leur indication. Mettre en parallèle la personne à soigner avec ce qu'elle coûte ne saurait être approprié si les conclusions allaient dans le sens d'une remise en cause de ces mêmes soins quant à leur bienfondé. Tel soin jugé trop coûteux devait-il être requis ? Dans le champ du soin, la notion d'efficacité a du sens

¹⁶⁵ Dumond J.P., *Les conflits de pouvoir à l'hôpital*, Les tribunes de la santé, 2003/1, n°1, p.71-81.

et prime sur le coût : la réussite d'un traitement, l'effet d'une thérapie sont des dimensions jalonnant le travail de soignant et intelligibles pour eux.

En 1983, le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) a été introduit sous l'égide de Jean de Kervasdoué, directeur des hôpitaux au Ministère de la Santé. Depuis, les services transmettent l'ensemble des données médico-administratives (âge, diagnostic principal, diagnostics associés, actes...) au moyen des résumés standardisés de sortie. L'analyse médico-économique de ces données permettait de déterminer, d'analyser - voire de disséquer - l'activité de chaque service/établissement, et d'allouer en regard les ressources correspondantes. A cette date, 1983, la dotation budgétaire d'un établissement public était dite globale, et correspondait à une autorisation de dépenses à ne pas dépasser. Le calcul de cette dotation globale reposait sur le nombre de journées d'hospitalisation de l'année précédente, la modulation de cette dotation relevant d'un taux directeur de croissance des dépenses hospitalières.

En 1999, via la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, un nouveau mode de financement (commun aux établissements publics et privés) a été proposé, à titre d'expérimentation, pour une période de 5 années : la tarification à la pathologie, encore dénommée tarification à l'activité ou T2A. Les recettes sont estimées selon l'activité générée, définissant ainsi le budget alloué. Toutefois, le prix de chaque activité est fixé annuellement par le Ministère de la Santé en se basant sur les groupes homogènes de séjours et de malades issus des résumés standardisés de sortie. La logique était donc inversée par rapport à 1983. Ce mode de financement est acté depuis la loi « Hôpital 2007 », et est devenu unique depuis 2008. En vue d'obtenir le « meilleur » budget, les services ont su développer et modifier, le cas échéant, leurs activités selon leur valorisation financière. L'effet pervers de ce mode de tarification a été d'impliquer les soignants dans une course effrénée à la quête du financement ; les soins les mieux rémunérés par la T2A étant privilégiés, quitte à dénigrer des soins moins intéressants financièrement. Ainsi, ce mode de tarification a-t-il légitimé la sélection des actes et conséquemment le choix des personnes à traiter. Toutefois, il semblerait que ce système atteigne ses limites du fait même de ce mode de sélection des soins. En effet, ce « [...] *mode de tarification qui aujourd'hui pousse à une activité sans qualité* »¹⁶⁶ semble remis en cause, susciter nombre d'interrogations, y compris au sein des tutelles, sans avoir (pourtant) été à ce jour remplacé.

¹⁶⁶ Propos de Madame A. Buzyn, ministre de la santé, tenus sur RTL le 25 janvier 2018.

Les soignants cherchent à être efficaces, c'est-à-dire à obtenir « l'adéquation des résultats aux objectifs »¹⁶⁷, les gestionnaires se veulent efficients c'est-à-dire assurer « le rapport entre les moyens et les résultats »¹⁶⁸. Ces démarches ont en commun l'ambition des résultats, mais la nature des résultats diffère. Les soignants se fixent des objectifs de guérison, de stabilisation, de protection. Les gestionnaires interviennent en donnant/fixant les moyens pour des résultats de rentabilité au service des soins, ceux-ci ne devant pas être générateurs de déficit de l'outil. La médiation s'articule donc autour des moyens, dont gestionnaires et soignants ne peuvent avoir une vision identique. Pourtant, l'interdépendance est inéluctable, l'enjeu étant de réussir à rendre la vision de ces dits moyens au mieux congruente, sinon le moins discordante. Toutefois, indépendamment de toute adéquation, force est de constater que le terme d'efficacité s'est effacé au profit de celui d'efficience, subtil glissement s'il en est, entre résultat et rentabilité.

L'engagement de soignant sollicite, de fait, des valeurs au sens littéral, et non marchand, valeurs pour lesquelles la notion de coût(s) semble totalement incongrue tant elle est éloignée du soin même, *hic et nunc*. Cet engagement est borné par une évidence humaine, immédiate, concrète, dont l'aspect uniquement pécuniaire ne saurait être valide en tant qu'axe directeur, voire directif, ne serait-ce que sur le plan éthique. « *Quel droit ont-ils de parler de production et de pourcentage quand le matériau qu'ils ont, c'est l'homme vivant ?* »¹⁶⁹ s'interroge le personnage de Capitoline dans *Le pavillon des cancéreux*. Comment ne pas être heurté par la collusion entre l'humain et une dimension comptable ? Le soin pourrait-il être assimilé à une marchandise ? La vie humaine à soigner appelle-t-elle inéluctablement un lien quasi-direct avec un indice financier, lien dont il faudrait tenir compte pratiquement ? L'expression « *Le temps, c'est de l'argent.* » - « *Time is money* » - a insidieusement investi d'autres territoires que ceux des échanges commerciaux dont elle est pourtant issue. La citation initiale de Francis Bacon était « *Time is the measure of business, as money is of wares.* »¹⁷⁰ - « *Le temps est la mesure des affaires, comme l'argent celle des marchandises.* » -. La simplification sous forme presque proverbiale a fait disparaître la notion de mesure, ainsi que l'élément rattaché à cette mesure. Le lien

¹⁶⁷ Dumond J.P., *Les conflits de pouvoir à l'hôpital*, Les tribunes de la santé, 2003/1, n°1, p.71-81.

¹⁶⁸ Dumond J.P., *Les conflits de pouvoir à l'hôpital*, Les tribunes de la santé, 2003/1, n°1, p.71-81.

¹⁶⁹ A. Soljénystine, *Le pavillon des cancéreux*, Paris, Julliard, Presses Pocket, 1980, p.260.

¹⁷⁰ F. Bacon, *Bacon's Essays*, chapter XXV, Ed. Lee and Shepard, 1871, p.267.

ainsi généré entre le temps et l'argent semble devenu vérité, applicable à tout support, quitte à considérer l'humain telle une *marchandise*.

« *Gérer correctement ou au mieux signifie rendre le rapport entre les ressources utilisées et les résultats le meilleur possible. Les termes de productivité, de rendement, de rentabilité, de performance expriment chacun dans un contexte particulier le même souci d'optimisation, ou à défaut d'amélioration du couple ressources/produits, qui constituent également deux notions élémentaires mises en rapport par la comptabilité. L'efficacité n'est pas l'efficacé. La première suppose fréquemment d'en rabattre sur la seconde, sur la recherche de résultats qui se révèlent trop coûteux à obtenir. Dans une activité marchande usuelle, il est classique de refuser un marché ou de limiter le développement d'une entreprise pour conserver une bonne rentabilité des sommes investies.* »¹⁷¹. L'efficacé marquerait ne serait-ce qu'à minima le glas de l'efficacité, en la rendant secondaire, subalterne à la finalité. Or, il n'est pas concevable pour les soignants de rationner les soins pour rester rentable, même si cela a tendance à poindre.

« *Un soir de garde, un jeune homme consulte aux Urgences.*

- *Que vous arrive-t-il ? demande l'urgentiste*
- *Je suis très fatigué depuis quelques temps, et je fais des angines à répétition.*
- *Avez-vous souvent de la fièvre ?...*

L'urgentiste questionne, le jeune homme répond.

Aux termes de la prise en charge, le diagnostic est inéluctable : leucémie aiguë.

L'hématologue de garde est appelé et descend voir le jeune homme.

- *Bon, c'est la cata...Je ne peux pas le prendre dans le service. J'ai un lit, mais nous avons ordre de ne pas initier de nouvelle chimio jusqu'à la fin du mois.*
- *Tu plaisantes ? interpelle l'urgentiste...*
- *Non, pas du tout. On est dans la ligne de mire, il faut qu'on rentre dans les clous budgétaires. Donc il faut transférer ce jeune homme.*
- *Mais, il habite devant l'hôpital, et il y a un lit. On marche sur la tête...*
- *Je sais, mais si je l'admets je vais me faire hurler dessus, donc on transfère.*

Plusieurs coups de téléphone sont passés. Finalement, un lit est trouvé permettant d'orienter le jeune homme, mais loin de chez lui... ».

¹⁷¹ Dumond J.P., *Les conflits de pouvoir à l'hôpital*, Les tribunes de la santé, 2003/1, n°1, p.71-81.

Cette confrontation avec le monde comptable est sans appel puisque sans négociation possible. L'humain peut devenir variable numérique (comme étudié par Antoine-Augustin Cournot)¹⁷², et ne pèse pas autant que les chiffres. Les décideurs sont à distance et ne sont pas les prescripteurs confrontés aux malades, à l'urgence des soins. Les valeurs défendues ne sont nullement identiques, et s'affrontent car non comparables, ce qui conduit Jean-Pierre Dumont à parler de « *divorce des valeurs* »¹⁷³. Pourtant, il s'agit bien d'un *couple* au sens où soigner ne peut avoir lieu sans ressources, lesquelles ne sauraient cependant être infinies. La fracture a lieu lorsque l'efficience vient bousculer, pour ne pas dire amender, totalement le soin. En effet, la notion de rentabilité, assujettie à l'efficience, aboutit parfois à des rapprochements entre services, des mutualisations du personnel, le point ultime étant la fermeture de services pour fusion, avec, à la clé, la diminution des moyens disponibles. Certains hôpitaux ont vu des activités quitter leur établissement pour avoir lieu dans un hôpital du même groupe hospitalier. En termes comptables, la logique peut s'entendre, en termes de soins, elle ne se défend pas, car elle engendre des situations ubuesques voire dangereuses pour les malades.

« Le malade présente un sepsis sévère sur terrain immunodéprimé. Pour l'urgentiste en charge du malade, un lit en soins intensifs est nécessaire. Mais l'hôpital ne dispose pas de service de réanimation. Le réanimateur référent, travaillant dans un hôpital distant de moins de 2 kilomètres, est contacté.

- *Bonsoir, je t'appelle pour un malade de 65 ans, sous immunosuppresseur pour une connectivite. Il est en sepsis sévère, il faudrait qu'il soit en réanimation.*
- *Je ne vois pas pourquoi je prendrai ce malade qui peut très bien venir rester aux Urgences chez vous, et être surveillé avec un scope.*
- *Franchement, cela ne me paraît pas raisonnable.*
- *On fait comme j'ai dit.*
- *Je ne vais pas faire ainsi, mais le transférer dans une réanimation ailleurs car cela ne me semble pas adapté.*
- *Nous en reparlerons en staff commun, mais tu n'as pas à faire cela sans mon accord.*

¹⁷² Cf. Partie 2.4.1 : *Conjuguer offre et demande(s)*

¹⁷³ Dumond J.P., *Les conflits de pouvoir à l'hôpital*, Les tribunes de la santé, 2003/1, n°1, p.71-81.

- *Sauf que le malade est sous ma responsabilité, et que s'il se passe quoi que ce soit, il n'est pas en sécurité aux Urgences où il y a du monde, et où il sera moins bien surveillé qu'en réanimation.*

Fin de la conversation entre l'urgentiste et le réanimateur.

Sur le papier, tout fonctionne : le service d'urgences dispose d'un service de réanimation référent. Dans la pratique, la possibilité de transférer les malades est soumise, à juste titre, à l'accord du réanimateur qui ne voit pas le malade et ne perçoit pas la difficulté d'exercice de son confrère urgentiste, isolé. Qu'advient-il pour le malade en cas d'aggravation inopinée s'il n'est pas dans une structure disposant d'un service de réanimation ? Pourtant, ce type de fusion offre des garanties qui sont de fait potentielles et non efficaces, même si les coûts sont réduits. Le paradoxe est donc complet : efficacité budgétaire mais mise en péril, non pas de la continuité des soins, mais de leur qualité.

« - Je ne peux pas prendre cette dame car elle va rester trop longtemps chez nous et on va exploser la DMS (Durée Moyenne de Séjour) » répond un gériatre appelée pour une dame paraplégique âgée, rapatriée du Maroc. Si tu trouves le long séjour derrière, alors je te la prends. Mais il me faut la preuve qu'elle sera effectivement prise ensuite en long séjour, parce qu'à chaque fois c'est pareil, ils disent oui et puis on se retrouve avec la personne sur les bras.

- *Mais ça va s'arrêter où ? Maintenant on cherche l'orientation après votre service. Tu trouves cela normal ? Tout le monde se décharge sur nous, sous prétexte que vous êtes un service fermé et qu'on a besoin de la place.*
- *Normal ou pas, je ne la prendrai que si elle a derrière une place assurée en long séjour. »*

L'urgentiste n'a d'autre solution que de chercher d'abord la place en long séjour, afin que la dame puisse être prise en charge dans le service spécialisé. Le gériatre du long séjour comprend la situation, accepte de prendre la malade au décours de son passage en gériatrie aiguë.

La prise en charge est conditionnelle, car conditionnée par une hypothétique durée de séjour trop longue. Le coût du séjour, paramètre financier, vient d'emblée interroger, pour ne pas dire stopper, le parcours de soins. La conséquence à l'intrusion budgétaire dans la logique soignante est l'obligation tacite de privilégier les courts séjours. Qui dit court séjour dit rotation accélérée des malades et accroissement de la rentabilité des

lits. Tout malade susceptible de déroger à la règle du *turn over* est indésirable, voire refusé. Le jargon résume la situation par « *ça va plomber ma DMS* » - durée moyenne de séjour - ou encore « *je ne veux pas d'un bed blocker* ». L'empreinte économique est non seulement anticipée, mais intégrée comme un paramètre décisionnel à part entière, à contre-courant de l'intérêt du malade. La conséquence ultérieure est de choisir les malades, laissant aux Urgences ceux dont le profil pressenti, subodoré, semble déroger à cette logique comptable. Or, un malade admis à partir des Urgences, par définition instable ou à risque de décompensation, a en général une durée de séjour plus longue qu'un malade dit programmé, venu pour une prise en charge déjà établie.

Les malades sont ainsi mis en compétition, de façon plus ou moins virtuelle, avec des conséquences issues de cette concurrence tout à fait réelles. Les injonctions de l'administration sont explicites, à savoir favoriser les courts séjours - ou écourter les séjours afin d'abaisser la durée moyenne de séjour, ce qui revient au même -. La durée moyenne de séjour est devenue un indicateur d'évaluation de la performance du service, puis un objectif de soins. « *Il faut tenir la DMS.* », peut-on entendre dans certaines réunions. L'objectif gestionnaire est de rentabiliser l'outil hospitalier, quitte à atteindre un point de rupture pour les soignants, à savoir la diminution certaine, pour ne pas dire la perte, de qualité des soins. Or, les conséquences des objectifs gestionnaires n'impliquent pas de mise en cause directe des auteurs de ces politiques comptables lors de dysfonctionnement majeur. Seule la responsabilité soignante est accusée. Intégrés aux instances décisionnaires, les soignants avalisent, à leurs dépens, les décisions comptables ; leur présence permettant d'adoucir, voire de valider, ces décisions aux yeux de certains de leurs confrères.

L'acmé de l'invasion gestionnaire est lorsqu'un service refuse un malade sous prétexte qu'il ne bénéficie pas d'une couverture sociale. Le séjour est alors imputé au budget de service, ce que certains refusent.

« Un monsieur, sans domicile fixe, présente des lésions cutanées des membres inférieurs. Les soins consistent en la réalisation de pansements réguliers non envisageables dans la rue. Un lit infirmier est recherché par le service des urgences, en vain, pendant plus de 24 heures. L'interne de dermatologie est contacté et vient voir le monsieur. Il décide de l'hospitaliser dans son service. Alors que le brancardier vient chercher le monsieur, un responsable médical du service de

dermatologie appelle et explique que le problème principal de ce monsieur n'est pas cutané. La discussion sera relativement longue, avant que l'argument initial ne soit caduque, avec pour réponse : « Je ne peux pas prendre un monsieur sans couverture sociale, cela va coûter trop cher au service. ».

Force est de constater que la tendance actuelle, via les réformes de financement, incitent à choisir les malades afin de ne pas être mis en défaut aux yeux de l'administration pour les avoir soignés.

Si cet état de fait ne remet pas en cause la gratuité des soins, elle modifie profondément l'image de l'hôpital initialement dévolu aux indigents. En effet, la constitution de 1793 (I^{ère} République) instaurait, dans l'article 21 de la Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen, un « *droit à l'assistance* » : « *Les secours publics sont une dette sacrée. La société doit la subsistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler.* »¹⁷⁴. La loi du 10 janvier 1849 (II^{ème} République) a créé l'Administration générale de l'Assistance Publique à Paris, afin de répondre à cette obligation juridique. L'hôpital était initialement réservé aux pauvres et miséreux. L'ouverture à des gens argentés, des « *faux pauvres* »¹⁷⁵, eut lieu au cours de la première moitié du XX^e siècle, avec la crainte que cette irruption ne fasse fuir les nécessiteux. « *Admettre les non-pauvres à l'hôpital, c'est léser tout le monde. C'est léser les intérêts des pauvres. Car les autres, ceux qui ne relèvent ni de la nécessité ni de l'indigence, les bousculent, accaparent le temps et la place qui leur sont dus...* »¹⁷⁶. A partir de 1941, la priorité d'accessibilité à l'hôpital fut conservée pour les pauvres, mais tous avaient le droit d'y être soignés, l'image de l'hospice ne devant plus être associée à l'établissement public.

A ce jour, la pratique démontre la relégation du droit et devoir d'assistance aux pauvres, la tarification à l'activité venant bousculer les attitudes, mais aussi, et surtout, la solidarité, élément fondateur de la médecine. L'admission d'une personne indigente pourra être moins facile dans un service hospitalier de spécialité car soumise à une notion budgétaire, non prévalente à l'entrée d'un service d'urgences.

¹⁷⁴ Déclaration du 24 juin 1793 : Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen, Article 21.

¹⁷⁵ Jayle F., *La presse médicale*, 20 juin 1903, article cité dans *Soigner APHP 150 ans d'histoire*, Doin, Paris, p.110.

¹⁷⁶ Lermoyez M., *La presse médicale*, 23 mai 1903, article cité dans *Soigner APHP 150 ans d'histoire*, Doin, Paris, p.110.

1.6 Reconnaissance d'une profession

D'un point de vue officiel, la profession d'urgentiste est récente. Quelques repères chronologiques semblent indispensables pour situer l'évolution de la profession de médecin et l'émergence de celle d'urgentiste. Les premiers statuts connus des médecins français datent du Moyen-Age (XII^e siècle), période à laquelle est apparue la première université de médecine à Montpellier en 1220¹⁷⁷. Cette université fut spontanée dont son statut conféré par le légat Conrad¹⁷⁸. A l'époque, les confréries, regroupant les médecins, étaient régies par des ordonnances royales leur imposant des statuts. La charge octroyée à « *un ou plusieurs membres de la corporation choisi(s) pour la représenter* »¹⁷⁹ se nommait *jurande*. Ce n'est que vers 1762 qu'apparaît le premier traité de déontologie rédigé par Jean Verdier, qui mentionne l'utilité d'un « *tribunal particulier* » à l'art salutaire qu'est la médecine¹⁸⁰. En 1794, s'opère la réunion des médecins, possédant la connaissance théorique¹⁸¹, et des chirurgiens, agrégés de la faculté de médecine, en charge des soins conjointement avec les barbiers « [...] *qui pratiquaient les interventions courantes et à qui l'on déniait toute qualification intellectuelle.* »¹⁸². Au Moyen-Age, être chirurgien n'était pas une profession aussi bien considérée que celle de médecin, la séparation s'opérant entre discipline manuelle et intellectuelle : « *Les médecins refusaient formellement d'opérer, rejetant la chirurgie au rang des activités artisanales.* »¹⁸³. La dissection, acte chirurgical, ne fait son entrée en faculté qu'au XIV^e siècle¹⁸⁴.

Si la naissance officielle de l'internat date de 1802 (règlement général du service de santé du 4 ventôse an X soit le 10 février 1802), il existe, dès 1788, des textes de la Société Royale de Médecine mentionnant des « *élèves internes* » recrutés sur concours, apprenant la médecine « *au lit des malades* »¹⁸⁵. A la faveur de ce règlement

¹⁷⁷ Renaut M. H., *L'évolution de l'acte médical*, Revue de Droit Sanitaire et Social, 35 (1), janv-mars 1999, 45-71.

¹⁷⁸ J. Verger, *Les universités au moyen âge*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection SUP, 1973, p.42.

¹⁷⁹ Le Robert, *Op. cit.*

¹⁸⁰ CNOM, *Histoire de l'Ordre National des médecins français*, 2012, p.2.

¹⁸¹ Sournia J.C., *Les fondements du décret du 14 frimaire an II (4 décembre 1794)*, Revue de la Société Française d'Histoire des Hôpitaux, n°18, 2/1995, 47-50.

¹⁸² J. Verger, *Op. cit.*, p.197.

¹⁸³ *Ibid.*, p.197.

¹⁸⁴ *Ibid.*, p.58.

¹⁸⁵ Hardy-Dubernet A.C., Arliaud M., et al, *La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix des professionnels des médecins*, Laboratoire Georges Friedmann, HAL, p.13, nov 2001.

général du service de santé, l'externat précède l'internat. Une année plus tard, la loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803) instaure les écoles de médecine, dont certaines deviendront facultés en 1808. Le nombre de faculté sera de trois jusqu'en 1875. Cette même loi distingue les officiers de santé exerçant dans les campagnes, et ayant servi dans les services de Santé des Armées durant les guerres napoléoniennes, des docteurs en médecine, pouvant exercer sur tout le territoire¹⁸⁶. De cette époque date la création du doctorat en médecine¹⁸⁷. En 1810, le secret médical fait l'objet d'un article du code pénal, article 378¹⁸⁸, sur l'initiative de Napoléon. En 1820 l'Académie de Médecine est créée afin « [...] de veiller au respect des règles de l'art, [...] et de se prononcer sur tous les grands problèmes d'hygiène publique et de prévention. »¹⁸⁹. Mais il faut attendre la loi du 30 novembre 1892 pour abolir la possibilité d'exercer la médecine en dehors de l'obtention d'un diplôme délivré par le gouvernement français¹⁹⁰.

La fin du XIXe siècle est marquée par la volonté des chirurgiens de faire reconnaître leur art, ce qui s'apparente à l'officialisation des spécialités. La définition explicite de la spécialité, donnée en 1932 par la Confédération des Syndicats Médicaux, est ainsi libellée¹⁹¹ : « *La spécialité est l'exercice, dans une limitation exclusive et pratiquement organisée, d'une branche de la médecine ou de l'hygiène. Le spécialiste est le médecin qui, renonçant à l'exercice de la médecine générale, se consacre exclusivement soit au diagnostic, soit au traitement des maladies de certains organes ou appareils.* »¹⁹². Cette déclaration apporte plusieurs éléments d'importance : la spécialité, à laquelle le *laboratoire* peut appartenir, doit être admise, inscrite clairement et ne pas être dissimulée. La spécialité se doit d'être unique, un éventuel cumul ne pouvant s'envisager que si les branches de l'art médical sont apparentées. Le but de pareille restriction est la maîtrise, et donc la qualité des soins pratiqués ; le titre de spécialiste ne pouvant faire l'objet de quelque usurpation. La médecine générale est reconnue comme étrangère à la pratique du spécialiste, lequel garde le droit de pratiquer tout acte médical nécessaire dont il sera responsable. Si cette déclaration n'est pas

¹⁸⁶ D. Teyssière, *La médecine du peuple de Tissot à Raspail : 1750-1850*, Créteil, Archives départementales du Val de Marne, 1995.

¹⁸⁷ M. Bungener, *Besoins en médecins et fonctions sociales de la médecine*, Thèse de doctorat en Économie Publique et Gestion des Activités non marchandes, Université Paris IX Dauphine, 1980, p.18

¹⁸⁸ CNOM, *Histoire de l'Ordre National des médecins français*, 2012, p.2.

¹⁸⁹ P. Guillaume, *Le rôle social du médecin depuis deux siècles (1800-1945)*, Paris, La Documentation Française, 1996, p.39.

¹⁹⁰ B. Hoerni, *La loi du 30 novembre 1892*, Histoire des sciences médicales, tome XXXII - N° 1 – 1998, p.63.

¹⁹¹ P. Guillaume, *Op. cit.*, p.209.

¹⁹² *Ibid.*, p.209.

fondatrice d'un programme d'enseignement facultaire, des lignes directrices s'en dégagent avec pour socle la médecine générale, assortie secondairement de la possibilité d'avoir une spécialité. Ces éléments n'ont connu que peu d'évolution au fil du temps, en dehors de la reconnaissance de la médecine générale depuis 2007, comme spécialité à part entière.

Les premiers Certificats d'Etudes Spécialisées (C.E.S.) voient le jour après-guerre¹⁹³. En 1958, la réforme Debré instaure la création des Centres Hospitalo-Universitaires (C.H.U.) rapprochant ainsi l'hôpital de la faculté¹⁹⁴. Avant 1969, il n'existe aucun règlement hospitalier spécifique de la médecine d'urgence. Dans les années 1970, l'accent est mis sur la prise en charge des accidentés de la route, accent qui verra l'émergence des Services d'Aide Médicale Urgente (S.A.M.U.) : « *L'importance des secours d'urgence ne saurait échapper à personne dans un siècle qui privilégie pour le meilleur et pour le pire la rapidité, la vitesse, les techniques de plus en plus disproportionnées à l'homme et dont la maîtrise ne peut jamais être parfaite. Ainsi se multiplient les accidents soudains et imprévisibles dans le travail, dans la santé psychique, ce qui conduit au suicide, ou dans l'usage des divers moyens de locomotion. Dans ce dernier domaine, les accidents de la circulation automobile sont devenus le tragique tribut payé de la civilisation de la vitesse.* »¹⁹⁵. Le développement de la médecine d'urgence est en grande partie lié à l'accidentologie¹⁹⁶.

Par arrêté du 24 juillet 1970 (article 3.2)¹⁹⁷, un enseignement élémentaire de soins d'urgences et de réanimation devait être assuré aux étudiants de première année du deuxième cycle des études médicales. Parallèlement, en décembre 1970, la loi de réforme hospitalière rend obligatoire l'accueil des urgences pour les hôpitaux¹⁹⁸. L'article 2 mentionne « *le service public hospitalier [*mission*] assure les examens de diagnostic, le traitement - notamment les soins d'urgence - des malades, des blessés et des femmes enceintes qui lui sont confiés ou qui s'adressent à lui et leur*

¹⁹³ Hardy-Dubernet A.C., Arliaud M., et al, *La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix des professionnels des médecins*, Laboratoire Georges Friedmann, HAL, p.13, nov 2001, p.13.

¹⁹⁴ Ordonnance n° 58-1873 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale, modifié par ordonnance JORF 22 juin 2000.

¹⁹⁵ Allocution de Michel Poniatowski lors d'une journée ministérielle le 14 juin 1973. Citation extraite du mémoire de recherche de C.A. Wanecq, *Le 15 contre le 18, Histoire de l'urgence médicale (1965-1979)*, Institut d'Etudes Politiques de Paris, 2016, p.6.

¹⁹⁶ Cf. Partie 2.1 : *Repères historiques*

¹⁹⁷ Arrêté du 24 juillet 1970 Création d'un deuxième cycle des études médicales, JORF du 30 juillet 1970 page 7123.

¹⁹⁸ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, JORF du 4 janvier 1972.

hébergement éventuel. De plus, le service public hospitalier [...] concourt conjointement avec les professionnels de santé et les autres personnes et services concernés à l'aide médicale urgente. », de jour comme de nuit. Les certificats d'études spécialisées (C.E.S.) sont abrogés par la réforme de l'internat en 1982¹⁹⁹. Persistent, pour formation de spécialité, les Diplômes d'Etudes Spécialisées (D.E.S.) et les Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires (D.E.S.C.). Toutefois, cette suppression des certificats d'études spécialisées en médecine va aboutir à la multiplication de formations complémentaires faisant apparaître de nouvelles spécialités non concernées par l'internat. En 1984, le premier rapport du Professeur Adolphe Steg destiné au Conseil d'Etat plaide pour la nécessité d'intégrer l'oxylogie dans le cursus des études médicales. « *Durant ses études, le médecin est instruit des « conduites à tenir » devant les différentes urgences mais il est en revanche insuffisamment formé pour affronter les états de détresse (...). Il convient d'intégrer l'oxylogie dans le cursus normal des études médicales et d'en dispenser l'enseignement aussi bien au cours du 1^{er} cycle (oxylogie élémentaire) que du 2^e cycle (oxylogie fondamentale). Le certificat de médecine d'urgence qui existe actuellement dans quelques facultés à titre obligatoire, dans d'autres à titre optionnel, pourrait être utilement généralisé en fin de second cycle (DCEM4). Il comporterait des stages dans les SAMU-SMUR où les futurs médecins feraient l'apprentissage des gestes utiles au secours médical.* »²⁰⁰. En 1984, justement, à Grenoble, des médecins se regroupent du fait de leur choix de n'exercer que la médecine d'urgence ; leur qualification n'étant pas officielle faute de formation spécifique à l'urgence. L'année suivante est fondée la Société Française d'Urgence Médicale (S.F.U.M.) avec parution au Journal Officiel du 20 mars 1985²⁰¹. En mars 1986, la Capacité de Médecine Urgente (CAMU), premier diplôme spécifique à cette discipline, est officiellement instaurée et reconnue par le Conseil de l'Ordre des Médecins²⁰². En 1992, les techniques de premier secours font partie intégrante de l'enseignement du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales²⁰³. Cette intégration dans le cursus médical sera réaffirmée en 1995 (arrêté du 2 mai 1995), et en 2000 (arrêté du 10 octobre 2000 incluant un module « *Synthèse clinique et thérapeutique-urgence* »). En 1995, la

¹⁹⁹Loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques, JORF du 26 décembre 1982.

²⁰⁰ A. Steg, *L'urgence médicale*. Rapport présenté au nom du Conseil économique et social - Journal Officiel - Avis et rapports du Conseil économique et social 1984; n°15(28 juillet 1984):77.

²⁰¹ JORF du 20 mars 1985, p.991.

²⁰² Briot R., « *Des rapports Steg au futur DES, 30 ans d'évolution de la spécialité de médecine d'urgence* », Journal du SNPHAR, n°61, juillet 2012, p10.

²⁰³ Nemitz B., *L'évolution de l'enseignement de la médecine d'urgence jusqu'à la naissance du DESC*, La revue des SAMU, 2005, 329-332.

discipline de médecine polyvalente d'urgence fait son apparition au concours national de praticien hospitalier, date à laquelle paraît le second rapport du Professeur Adolphe Steg sur la médicalisation des Urgences. Dans ce rapport, il déclare que « *La médecine d'urgence est la plus noble de toutes. Elle vient au secours de l'homme dans toutes les dimensions de sa brutale épreuve, souffrance physique, détresse morale et souvent misère sociale. Elle vaut que tout soit fait pour en assurer la qualité. Elle vaut que la collectivité concentre ses efforts et consente des sacrifices pour que chacun soit assuré qu'en cas de malheur, tout sera entrepris au plus vite par les meilleurs, dans les meilleures conditions de sécurité.* »²⁰⁴. En préambule du propos, la finalité des propositions émises par cette commission est mentionnée : médicale et éthique. Cette dimension éthique explicite n'avait jamais auparavant été stipulée concernant la médecine d'urgence. Les mots sont forts, la médecine d'urgence étant reconnue comme *la plus noble de toutes*. Son positionnement doit solliciter la dimension solidaire de la société du fait de son caractère essentiel, à savoir secourir *dans les meilleures conditions*. Tandis que les Urgences étaient le parent pauvre de l'hôpital, le Professeur Adolphe Steg désigne les médecins assurant ces soins vitaux comme devant être *les meilleurs*. Pareille déclaration plaide déjà pour des médecins formés, et donc pour la naissance d'une profession reconnue.

Le Professeur Adolphe Steg met l'accent sur l'inadaptation des médecins présents dans ces services²⁰⁵, l'accueil étant généralement assuré par des internes insuffisamment expérimentés et esseulés. La notion d'interne regroupe à l'époque tant des D.E.S. - Diplômes d'Etudes Spécialisés - que des D.I.S. - Diplômes Interuniversitaires de Spécialité - à savoir des internes d'origine étrangère, médecins dans leur pays d'origine²⁰⁶. Mais le plus souvent, les internes des services d'urgence sont des résidents (internes de médecine générale), et des faisant fonction d'interne (F.F.I.), étudiants plus jeunes que les résidents et pour la majorité d'entre eux d'origine étrangère. Constat est fait que ces catégories de médecins en formation - résidents, F.F.I., D.I.S. et parfois D.E.S. - ne possèdent pas les compétences requises, et ne sont pas à même de faire face, en toute sécurité, à de telles responsabilités²⁰⁷.

²⁰⁴ A. Steg, *Rapport sur la médicalisation des urgences*, Commission nationale de restructuration des urgences, 1993, p.7.

²⁰⁵ A. Steg, *Rapport sur la médicalisation des urgences*, Commission nationale de restructuration des urgences, 1993, p.14.

²⁰⁶ A. Steg, *Rapport sur la médicalisation des urgences*, Commission nationale de restructuration des urgences, 1993, p.19.

²⁰⁷ A. Steg, *Rapport sur la médicalisation des urgences*, Commission nationale de restructuration des urgences, 1993, p.19.

A l'époque, les causes de la sous médicalisation des services d'urgence sont multifactorielles :

- faible attractivité des services d'urgence expliquant un nombre important de postes de titulaires vacants,
- postes de titulaires insuffisants en plus de leur faible attractivité,
- emploi de médecins attachés ou assistants au statut précaire attirant des médecins étrangers,
- rémunération insuffisante,
- recherche de postes en secteur privé plus lucratif,
- attirance pour des spécialités autres.

Afin d'inverser certaines de ces causes, une restructuration du fonctionnement des services d'urgences a été proposée à l'issue de ce rapport, répondant à une triple obligation de compétence médicale, de permanence de l'accueil, de responsabilité des équipes. Cette restructuration s'appuie essentiellement sur un gain de qualité, à savoir l'accroissement des compétences des médecins présents dans les services d'urgence. Cette exigence est en accord avec la circulaire du 14 mai 1991 : « *Tous les patients arrivant à l'accueil des urgences devront être examinés par un praticien (exerçant dans les conditions définies par l'article L 356 du Code de Santé Publique) expérimenté en médecine d'urgence.* »²⁰⁸. L'article L. 356 du Code de Santé Publique pose plusieurs conditions : avoir un diplôme français, être de nationalité française ou communautaire (Maroc, Tunisie), être inscrit au Conseil de l'Ordre. Est apparu un néologisme secondaire à cette nouvelle configuration, la « seniorisation » des Urgences : la présence exclusive de médecins diplômés (thèse obtenue), formés spécifiquement à la médecine d'urgence. A ce jour, ce terme est consacré par son officialisation définitive dans le rapport sur la territorialisation des Urgences écrit par Jean Yves Grall²⁰⁹ de 2015.

²⁰⁸ Circulaire DH.4B/D.G.S.3E/91 – 34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale.

²⁰⁹ J.Y. Grall, *Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences*, Juillet 2015, p.15.

A la suite des décrets du 9 mai 1995 et du 30 mai 1997, la prise en charge des urgences a été structurée autour de deux axes, confirmés lors des Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS) de deuxième génération en 2000 :

- un dispositif d'autorisation des services d'urgences comprenant 631 services au total répartis en services d'accueil et de traitement des urgences (SAU), unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (Upatou) et pôles spécialisés d'accueil et de traitement des urgences (Posu),
- la professionnalisation des médecins, avec conformément au protocole du 13 mars 2000, le financement de postes dédiés assurant la séniorisation.

Après le rapport Steg de 1995, marquant un véritable tournant dans le fonctionnement des services d'urgence, certaines évolutions vont avoir lieu. Ainsi, la transformation de l'acronyme de la CAMU (CApacité de Médecine d'Urgence) en CMU, et la mutation de la société savante en 1999, passant de Société Française à Société Francophone d'Urgence Médicale²¹⁰. En 2004, s'opère une nouvelle mutation, car la médecine d'urgence devient une spécialité complémentaire par la création du D.E.S.C.²¹¹. En 2011, 14 pays européens avaient déjà reconnu la médecine d'urgence comme une spécialité, la France étant à ce titre nettement en retard. Le 13 novembre 2015, le D.E.S.C. devient D.E.S., seule formation pour acquérir les compétences en médecine d'urgence en tant que spécialité, à part entière, au terme d'un cursus de 4 années²¹². Par ailleurs, l'émergence du D.E.S. signifie l'accession à la discipline universitaire en tant que sous-section au sein du Conseil National Universitaire, reconnaissance ultime de la discipline²¹³. Toutefois, il est à regretter que l'enseignement de l'éthique ne soit pas plus développé au sein de la maquette du D.E.S., tant le questionnement, lors de la confrontation à des situations complexes, est intrinsèque et exacerbé par cette discipline de l'aigu. Cet enseignement spécifique devrait être assuré par des professionnels officiellement formés à l'éthique.

²¹⁰ JORF du 16 octobre 1999, p.4375.

²¹¹ Nemitz B, Carli P, Carpentier F, et al., *Référentiel métier compétences pour la spécialité de médecine d'urgence*. Ann Fr Med Urg, 2012, 2:125-38.

²¹² Arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine, JORF du 4 décembre 2015.

²¹³ Riou B., 2017 : *l'an 1 du diplôme d'études spécialisées de médecine d'urgence*, Ann. Fr. Méd. Urgence (2017), 7 :1-4.

Trente ans se sont écoulés entre la création de la première formation officielle de la médecine d'urgence (la capacité de médecine d'urgence en 1986) et la spécialité officielle (D.E.S. de médecine d'urgence en 2015). Trente ans durant lesquels les praticiens des Urgences n'étaient pas toujours reconnus comme compétents, alors qu'ils avaient pour certains d'entre eux le bagage requis, l'investissement nécessaire, et une pratique intense liée à la pénurie de médecins.

Enfin, si le terme d'oxyologie apparaît dans le rapport Steg de 1984, nulle trace de ce mot, ni du mot oxyologue, dans le dictionnaire. Ce terme d'oxyologie a été proposé par un médecin hongrois en 1973 au Congrès de Sécurité Civile de Budapest²¹⁴. Néologisme issu de l'association de deux racines grecques *oxus* signifiant aigu et *logos* science, son usage s'est peu à peu perdu, *a priori*, par le développement de qualifications ciblées, validées. En 1978, apparaît au Canada le mot « *urgentologue* »²¹⁵, non usité en France. Quant au terme d'urgentiste, le Larousse le mentionne comme « *le médecin qui s'occupe principalement des urgences* »²¹⁶. Cette définition paraît assez énigmatique car la mention explicite de spécialisation en médecine d'urgence n'apparaît pas, alors même que la spécialité complémentaire (D.E.S.C.) existe depuis 2004, et la spécialité plénière (D.E.S.) depuis 2016. Cette définition est peu précise, le mot « *principalement* » pouvant porter à confusion : l'urgentiste a une autre activité annexe, soit les Urgences n'accueillent pas exclusivement des *urgences*. De plus, l'expression *urgences* ne distingue pas s'il s'agit du service ou des pathologies. Pour le Centre National de Ressources Textuelles et Linguistiques, ce terme est introuvable²¹⁷. Enfin, le dictionnaire médical de l'Académie Nationale de médecine de 2016 ne référence par le terme d'urgentiste. Cependant, ce dictionnaire n'est pas celui du langage courant ; aucun autre spécialiste n'étant référencé.

La nouvelle édition du dictionnaire de l'Académie Française (9^{ème} édition) est en cours de rédaction. A ce jour, il s'arrête à « *quotité* ». Toutefois, après contact avec le service en charge de l'établissement de ce dictionnaire, l'information de la date de référencement du mot *urgentiste* a pu être obtenue : 1986²¹⁸. Quant à la précédente édition du dictionnaire de l'Académie Française, elle date de 1932-1935, et ne comporte

²¹⁴ Dictionnaire de l'Académie Française.

²¹⁵ Annexe1. Mail de l'académie française en date du 04/04/2017.

²¹⁶ Dictionnaire Larousse en ligne, entrée « urgentiste ».

²¹⁷ Centre Natrional de Ressources Textuelles et Linguistiques, entrée « urgentiste ».

²¹⁸ Cf. Annexe 1 : Mail échangé avec l'Académie Française en date du 04/04/2017.

pas de terme spécifique, ceux-ci étant postérieurs à cette édition. Il serait licite que le dictionnaire de l'Académie Française référence le terme d'*urgentiste*, ce qui correspondrait à une reconnaissance pouvant n'apparaître que comme linguistique, mais au demeurant précieuse.

Dans ce travail, les termes d'*urgentiste*, de *médecin* ou de *praticien* seront employés, l'ensemble de la problématique ne se déroulant que dans les services d'urgence. Pour autant, la variation des termes n'est pas antinomique de la reconnaissance et considération de la médecine d'urgence en tant que spécialité, bien au contraire. Le terme *spécialiste* n'a pas été retenu afin de ne pas faire croire que l'*urgentiste* ne serait pas *spécialiste*. Ainsi, tout interlocuteur autre qu'*urgentiste* sera désigné par le nom générique de la spécialité exercée, et non par le terme de *spécialiste* pour ne pas induire de distinction artificielle quant à la qualification respective des médecins.

Reste le fait réel que l'*urgentiste* n'est pas toujours considéré comme *spécialiste* par certains interlocuteurs. Ainsi, quelques réflexions peu amènes, glanées de jour comme de nuit, sont ci-dessous retranscrites :

- « *C'est un externe qui a fait l'observation pour qu'elle soit aussi bien, cela ne peut pas être un urgentiste* » dit un cardiologue une nuit de garde.
- *Du tout, c'est moi qui l'ai faite et cela fait 10 ans que je fais ainsi, répond l'urgentiste.*
- *T'es sûre ? Tu t'es forcée parce que tu savais que tu allais devoir m'appeler. »*

...

- « *Les urgentistes ? C'est quoi ça ? Des types qui auraient voulu devenir réanimateurs mais qui n'ont pas pu, faute de ne pas avoir eu l'internat.* » dit un chirurgien agacé à l'*urgentiste*.

...

- « *Bonjour je t'appelle pour un monsieur qui présente une rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale confirmée sur le scanner.*

- *Attends, attends, tu n'es qu'urgentiste et ce n'est certainement pas à toi de prendre en charge ce genre de malade aussi grave car tu n'es pas compétent pour cela », assène l'anesthésiste.*

...

Le téléphone sonne. Le directeur adjoint expose les faits suivants :

- *« Un jeune homme est décédé d'un accident de scooter sur l'autoroute. Les médecins de l'Unité de Médecine Judiciaire [pourtant très proche de l'hôpital où se trouve le corps de ce jeune homme] refusent de se déplacer pour procéder aux prélèvements requis pour l'instruction. Les médecins du service d'anatomopathologie ne veulent pas en entendre parler non plus, car ils disent que ce n'est pas leur travail. Il ne reste que vous...*
- *Ah, mais pourquoi serait-ce à l'urgentiste de faire cela ? Autant m'appeler le couteau suisse Monsieur le Directeur et la situation sera résumée, parce que l'urgentiste n'est quand même pas non plus fait pour aller prélever des morts à la morgue, non ?*
- *Allez, allez, je suis d'accord avec vous, mais vous ferez cela très bien. ».*
Et l'urgentiste d'aller procéder aux prélèvements.

...

- *« Les urgentistes n'ont pas le choix et sont tenus quoi qu'il en soit de voir les malades indépendamment des circonstances. » déclare un membre de gouvernement venu visiter le service un soir d'été [cette visite est antérieure à l'émergence du D.E.S.C.]. Cette personne demande le cursus des médecins présents. A ceux qui lui disent être urgentistes, il rétorque « Généraliste somme toute. ». Chaque urgentiste de réaffirmer et de redire qu'il est...urgentiste. Cette personnalité politique ne s'adressera finalement qu'au praticien dont le D.E.S. est la pneumologie et le D.E.S.C. la réanimation.*

Si la spécialité est aujourd'hui actée, il est licite de s'interroger sur la position des services d'urgence, position, entre ville et hôpital, influant sur le mode d'exercice de l'urgentiste. Une médecine de ville dont l'amplitude horaire est à juste titre choisie, une médecine hospitalière dont les choix, également à juste titre, peuvent privilégier les filières d'excellence. Cette position d'entre deux ne remet nullement en cause la

spécialité mais campe d'emblée certaines des difficultés quotidiennes. Comment ne pas être dérouté par cette ambiguïté géographique qui stigmatise à quel point les services d'urgence ressemblent à une variable d'ajustement, entre deux systèmes aux fonctionnements à la fois autonomes et distincts, mais ayant néanmoins une interdépendance ?

La perspective d'être urgentiste toute sa carrière peut là aussi interroger, la longévité au sein d'un service dépendant du rythme de gardes, des conditions de travail - si souvent médiatisées par le manque de lits d'aval -, des possibilités de diversifier son activité (entre enseignement et recherche), du dimensionnement et de la pérennité de l'effectif. Autant de paramètres difficiles à contrôler. Il n'est pas prévu d'adaptation du rythme au cours de la carrière mais, en pratique, nombre d'urgentistes diminuent le nombre de gardes, puis quittent les services d'urgence. Au demeurant, la légitimité et l'attractivité de cette discipline en plein essor ne sont pas à remettre en cause, bien au contraire.

Par ce panorama dessiné, émerge le questionnement jalonnant ce travail, celui de la difficile conciliation, du juste équilibre à trouver, entre une médecine vive, attractive, semblant centrée sur les indispensables soins (techniques), et la possibilité, voire l'obligation ne serait-ce que morale, pour ne pas dire éthique, de ne pas dévier de l'autre. L'écueil, le risque majeur, est de réduire l'éthique à une dimension accessoire, à un simple murmure, au sein du bruit et du mouvement, incessants de pareil service... et de finir ainsi par oublier la portée relationnelle, pourtant essentielle, du mot soigner.

2 DES RUPTURES A LA RENCONTRE, L'ETHIQUE MALMENE

2.1 Méthode

Tout au long de ces dix-huit années passées en tant qu'urgentiste, une fois le métier appris, compris, intégré, l'élément à la fois le plus variable, et le plus crucial, à appréhender était d'aller voir la personne à soigner, de la voir non pas au sens médical, mais humain. Cette dimension n'était pas perceptible au début de la pratique, mais s'était fait jour au fur et à mesure, car si les situations cliniques finissaient par être familières, ne pas connaître celui ou celle, pour lequel, laquelle, les soins allaient avoir lieu, demeurait une inconnue perpétuelle. Cette inconnue se doublait de tensions palpables, issues du contexte de l'urgence, de ce temps contraint, voire pressé. L'enjeu, à la fois émergent et véritable, était de ne pas uniquement voir, percevoir la situation médicale, mais bien de parvenir à garder comme priorité le sujet, l'autre. La réussite de l'entrevue semblait reposer, en grande partie, sur la qualité de cette mise en présence, fut-elle furtive, l'aspect technique des soins n'étant pas garant de succès relationnel. De plus, le fait de participer pleinement à la mise en présence interpellait conséquemment la responsabilité soignante, et surtout, personnelle.

L'exercice médical donne accès à l'histoire, mais aussi à l'intimité physique et/ou psychique d'un être. Revêtir l'habit, la blouse, ou tout autre tenue spécifique, se servir du stéthoscope, sont autant d'éléments, de symbolique forte, autorisant l'approche de l'humain, au plus près. Toutefois, sans pour autant parler d'incertitude, il n'existe aucune certitude, malgré la nécessité des soins, quant au succès de la confrontation. Parvenir à rencontrer l'autre s'apparente à une hypothèse d'autant plus concrète que les paramètres entourant la consultation sont éminemment variables, et encore accrus, décuplés, par la temporalité de l'urgence.

La description et l'étude de consultations, autrement dit de face-à-face, se sont imposées d'elles-mêmes pour fonder, nourrir la réflexion, et, conjointement, illustrer l'argumentation. Ce choix a pour but de ne pas s'extraire de la pratique, de la réalité de faits, mais, bien au contraire, d'y puiser les éléments ayant émaillé, et guidé le

raisonnement de ce travail. En effet, une argumentation *ex nihilo* usurperait la figure soignante et trahirait celle de la personne, malade. Sans compter le fait que pareille démarche n'aurait aucune légitimité, et rendrait le raisonnement, conséquemment, non tenable. Tous les exemples choisis, transcrits, ont été réellement vécus, et ne sont aucunement des événements ou scènes relatés, colportés par un autre soignant. Cette option aurait été, là encore, non pertinente. La décision d'utiliser sa propre expérience, certes subjective car personnelle, a pour avantage son aspect concret, éprouvé, et aussi son unité. Ainsi, toute projection, toute interprétation sur un récit autre que celui réellement vécu, - récit qui serait de fait dénaturé par une mise en lumière artificielle -, semblent évitées, ou du moins minimisées.

Les verbatim choisis illustrent des situations cliniques exacerbant l'aspect humain, ou des rencontres caractérisant les éventuelles tensions intersubjectives pouvant émerger. Le contexte spécifique de l'urgence, à savoir la nécessité de soins réellement urgents, ou perçus comme tels, met en relief l'importance de cette mise en présence, la rendant presque paradigmatique. En effet, au sein de cet univers fermé, où la vitesse règne, les motifs de consultation vont de l'anodin, du banal, à l'exceptionnel voire au catastrophique, au dramatique. Mais, pour chaque personne, malade, ce passage revêt une connotation inhabituelle, hors norme. La brièveté de l'interface accroît la singularité de la situation, la densité de la confrontation, de la rencontre. Rencontre dans un temps compté, au cours duquel la personne doit se raconter. La particularité de ce face-à-face ressemble à un paradoxe : moment/liens interpersonnel, mais noyé au sein d'un temps/mouvement collectif, véritable rythme extérieur palpable, matérialisé par le flux.

Afin de clarifier d'emblée le propos, la rencontre est ici envisagée comme le lien établi entre deux personnes, et non comme la simple relation entre un soignant et une personne ayant besoin de soins. Si, de fait, les circonstances attribuent à chacune d'entre elles cette posture respective, soignant/à soigner, la rencontre vraie les replace dans l'altérité réciproque dénuée de toute ascendance du soignant vis-à-vis de la personne, malade. Lors de soins urgents, la rencontre est d'autant plus inattendue, que nombre de moyens vont intervenir au cours de la prise en charge. Si les moyens utilisés lors du (des) soin(s) sont indispensables, ils sont susceptibles de s'interposer, ou d'être interposés, entre les personnes en présence. « *Tout moyen est obstacle. Quand tous les moyens sont abolis, alors seulement se produit la rencontre. Quand un rapport*

immédiat s'établit, tous les rapports médiats deviennent sans valeur.»²¹⁹. La rencontre procède d'elle-même indépendamment des moyens, sans interface, sans dimension de fonction.

L'analyse proposée aborde les faits sous l'angle de l'*anthropologie clinique*. Cette notion fut utilisée pour la première fois en 1974 par Jean-Claude Schotte, psychanalyste. Ce dernier la concevait comme « *une doctrine de la condition humaine en tant que pathique* »²²⁰. Cette définition *princeps* ne s'accorde pas à notre angle d'analyse, car, selon Jean-Claude Schotte, la question de « *la condition humaine en tant que pathique* » appartient à la psychothérapie et à la psychopathologie. Si ces domaines - la psychothérapie et la psychopathologie - peuvent faire partie des motifs de consultation des Urgences, ou émerger au cours des soins, ils n'en représentent qu'une partie restreinte voire un aspect seulement, leur abord en urgence n'étant pas optimal, même s'il présente un intérêt certain. De plus, les services d'urgences ne sont pas le lieu de recours spécifique de la *condition humaine*, mais de situations ayant trait à la fragilité de l'humain. Toutefois, Nicolas Duruz a livré ultérieurement une définition plus généraliste de l'*anthropologie clinique*, applicable à notre terrain d'étude, à savoir « *une pensée sur la pratique du soin auprès de l'homme souffrant* »²²¹. Ce libellé réunit et synthétise les éléments fondamentaux du travail ici exposé, bien que l'auteur ait laissé pour cadre d'application la dimension psychique. Ainsi, cette définition apparaît-elle transposable, pratiquement, aux situations de la médecine d'urgence.

Nonobstant, la confrontation quotidienne avec la souffrance aiguë ou chronique, d'expression variable, a généré nombre de questionnements sur le mode, les conditions d'exercice, mais aussi et surtout sur l'implication du soignant quant aux soins. Partir de sa pratique clinique, focalisée sur sa dimension relationnelle, évite, ou tout du moins pondère, le risque d'aliénation de la pensée quant à un éventuel dogmatisme. Ainsi, la construction de ce travail s'est-elle faite à partir du vécu, afin de mener la réflexion de façon ascendante (de la pratique à l'analyse et à la recherche), et d'éviter de plaquer des éléments réflexifs sur la pratique dans une attitude descendante qui s'avèrerait abstraite et inadaptée en la matière. « *Le clinicien se doit*

²¹⁹ M. Buber, *Je et Tu*, Paris, Flammarion, Philosophie (Aubier), 2012, p.44.

²²⁰ Duruz N., *Anthropologie clinique, psychopathologie et psychothérapie*, Le journal des psychologues, 2008/5(n°258), p18-21.

²²¹ Duruz N., *Anthropologie clinique, psychopathologie et psychothérapie*, Le journal des psychologues, 2008/5(n°258), p18-21.

toujours de garder à l'esprit que le diagnostic qu'il formule et le traitement qu'il conduit ne sont que des moments d'objectivation et de clarification scientifiques dans un processus plus englobant et directement humain, où sont engagées l'expérience de la souffrance du patient et celle de sa rencontre avec le soignant. »²²². Partir de l'humain pour mieux y revenir - « *zu den Sachen selbst* »²²³ -, et éviter de considérer comme centrale la technique apprise, *le diagnostic et le traitement*. A partir des rencontres exposées, le contexte organisationnel sera envisagé sous son angle potentiellement délétère, tant il n'est pas concevable de s'extraire de cet environnement. En effet, la prise en charge en urgence induit une diffraction relationnelle manifeste, notamment liée au nombre de personnes venues consulter.

Au cours de la recherche, les sources consultées ont été multiples. Philosophie, littérature scientifique, sciences humaines, sociologie sont les principales. Par ailleurs, le recours à la littérature s'est imposé, certains romans illustrant de façon congruente le propos. Cette requête pourrait apparaître inappropriée ou non idoine. Toutefois, cet adossement à des œuvres littéraires, essentiellement romanesques, peut être validé par la conception du roman, telle que définie par Milan Kundera. Sans nier le fait que le personnage soit un *ego expérimental*²²⁴, Milan Kundera définit dans son ouvrage, *L'art du roman*, le support romanesque. « [...] *il y a d'un côté le roman qui examine la dimension historique de l'existence humaine, il y a de l'autre côté le roman qui est l'illustration d'une situation historique, la description d'une société à un moment donné, une historiographie romancée.* »²²⁵. Indubitablement, le roman constitue en soi un véritable terrain d'étude, et illustre la *situation* des soins. Si Milan Kundera s'attache dans son propos à ne parler que de la dimension historique du roman, ce type d'ouvrage permet d'éclairer certaines existences soit ayant recours à la médecine, soit en tant que soignant. Ainsi, la maladie et/ou la médecine sont-elles sollicitées pour leur impact sur la condition humaine, leur reflet de la *société à un moment donné*. Le roman, au sens générique, peut être un écho aux situations vécues, son usage permettant d'étayer l'analyse. « *Le roman est le miroir de la vie* »²²⁶, et ne pas s'y référer serait écartier une source valable d'étude. Toutefois, la recherche n'a pas été axée sur la

²²² Duruz N., *Anthropologie clinique, psychopathologie et psychothérapie*, Le journal des psychologues, 2008/5(n°258), p18-21.

²²³ E. Husserl, *Op. cit.*, p.XIII.

²²⁴ M. Kundera, *L'art du roman*, Paris, Gallimard, Folio, 2002, p.47.

²²⁵ *Ibid.*, p.50.

²²⁶ V. Woolf, *Rêves de femmes*, Paris, Folio, 2018, p.49.

littérature romanesque, mais des éléments pertinents ont été glanés au fil de lectures personnelles.

Cette recherche s'est d'abord construite autour de la description de rencontres, puis par l'analyse des facteurs adjoints à celles-ci pouvant, *de facto*, interférer avec la mise en présence. A la suite de cette séquence, dans un second temps, force a été de constater la nécessaire remise en cause de l'attitude soignante au sein d'une organisation à l'impact délétère quant à la rencontre. La finalité ultime de cette recherche est de s'extraire de la seule clinique des fonctions ou d'organes, pour s'orienter vers la quintessence de la relation véritable, de la rencontre, et surtout, tenter de trouver des axes permettant au soignant de ne pas occulter la primauté de l'interface avec l'autre, malgré le contexte de l'urgence.

Ainsi a émergé l'obligation inéluctable de réfléchir au cheminement impératif, au sens du devoir, le plus idoine pour s'approprier l'engagement et la responsabilité d'ordre ontologique, pour endosser l'éthique de façon non dérogoire.

2.2 Ruptures vécues

2.2.1 Contextualisation d'une consultation dans un service d'urgences

Se rendre aux Urgences, en urgence. Aller chercher des soins de façon diligente, poussé par une situation nécessitant (ou semblant nécessiter) une réponse *a priori* sans délai. Le *primum movens* du recours aux Urgences peut être variable, d'origine physique, psychiatrique, psychologique, humaine, ou de toute autre nature. La perception d'une anomalie corporelle et/ou psychique peut susciter à la fois interrogations, angoisses, peurs, doutes, ou toute autre sensation et/ou sentiment, plus ou moins envahissant(s). Le recours aux soins semble d'autant plus nécessaire que les symptômes sont bruyants, inhabituels et/ou difficiles à vivre.

Dès lors, le continuum temporel semble se rompre, ou tout du moins se transformer, autour de l'irruption d'un ou plusieurs symptômes, d'une anomalie, fut-elle transitoire. Si certaines personnes jugent que les soins peuvent attendre, d'autres auront le

sentiment de ne pas pouvoir les différer, le temps devenant hors norme pour qui est confronté à l'inattendu. La structure, à ce jour authentifiée comme à même de prodiguer des soins, à toute heure, sans rendez-vous préalable, se nomme Urgences. Au fil du temps, les pouvoirs publics ont donné nombre d'appellations aux services d'urgence selon leur activité, leur taille - Service d'Accueil des Urgences (S.A.U.), Urgences de Proximité d'Accueil des Urgences (U.P.A.T.OU), Pole Spécialisé Urgences (P.O.S.U.) - , pour finalement, depuis 2007, ne retenir que le terme de structures des urgences²²⁷. Cette terminologie unique a le mérite de regrouper les différentes modalités de prise en charge en urgence, extra et intra-hospitalières. Indépendamment de ces appellations, la population générale, ainsi que les professionnels, parlent des Urgences, le pluriel étant (presque) toujours utilisé. Le singulier ne semble pas exister pour désigner ce service, paradoxe s'il en est tant ce lieu s'avère atypique, et justement singulier. *A contrario*, la très grande majorité des services aigus ne connaissent pas l'usage du pluriel (la cardiologie, la rhumatologie par exemple illustrant parfaitement la vision fonctionnelle de la personne). Est-ce le nombre de consultants ou la diversité des situations cliniques qui légitiment le pluriel de pareil service, des Urgences ? Ainsi, la discipline est-elle nommée médecine d'urgence, et le lieu dédié les Urgences.

Consulter aux Urgences revêt d'emblée, pour la personne venue chercher des soins, un caractère exceptionnel, extraordinaire au sens littéral. Les caractéristiques spécifiques de ce service (implantation, espace, organisation, personnel) sont dictées par la nécessité première d'avoir à disposition les moyens de traiter des personnes dont le pronostic, vital et/ou fonctionnel ou psychiatrique, est (sont) compromis, les urgences « vraies ». Parallèlement aux urgences « vraies », d'autres personnes viennent pour des urgences dites « différées » voire « ressenties » ou « relatives », à savoir des situations médicales pouvant être prises en charge avec délai, voire, parfois, en un autre lieu que ce service. Le terme d'*urgences vraies* convoque d'emblée, de façon quasi instinctive, tel un corollaire, la notion contraire de *fausses urgences*. Or, les malades perçoivent leur situation comme urgente, et n'ont pas, à juste titre, pour préoccupation, et encore moins pour mission, de se demander de quelle catégorie relève leur situation.

²²⁷ Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), JORF du 23 mai 2006.

De leur côté, les soignants, afin de gagner en efficacité, répertorient les malades selon une catégorie prédéfinie dans un souci d'identification du degré d'urgence (la personne étant malade jusqu'à preuve du contraire, c'est-à-dire considérée comme malade *a priori* jusqu'à avoir écarté toute pathologie). Ainsi, l'usage est-il de caractériser le motif de recours par le degré d'urgence : « *C'est une urgence relative. Elle peut attendre.* ». Néanmoins, si certaines venues semblent, pour les professionnels, pouvoir être différées, le recours à un médecin signe toujours, au moins *a minima*, une détresse à entendre, à traiter et/ou à orienter le cas échéant. Il n'appartient pas aux personnes, malades, de (pouvoir/devoir) faire la distinction, parfois subtile, entre ces situations d'*urgences vraies* ou les autres types d'urgences.

« La » mission des services d'urgences, perçue par la population, est de recevoir toute personne, et d'être à même de lui apporter une réponse adaptée. Selon le contexte, cette réponse s'avèrera variable : soins délivrés entièrement sur place, avec ou sans hospitalisation au décours, soins partiels avec nécessité de compléter la prise en charge en ambulatoire, orientation sur la médecine de ville, les soins, pouvant, le cas échéant, être différés. L'orientation, le type de soins pourront être sources de malentendus ; certaines personnes considérant que leur passage aux Urgences permet une prise en charge globale. Certes, les services d'urgences constituent toujours un lieu où sont soignés les blessés graves, mais ils sont également devenus, pour la population, une possibilité d'être soigné à toute heure, sans avis médical préalable, et d'avoir, en un seul lieu, tous les examens nécessaires sans avoir pris rendez-vous. Cette vision correspondant à une dérive, un détournement, de la mission initiale des services d'urgence, véritable constat de la transformation du recours, de la consommation de soins.

Ces circonstances particulières de demande de soins, le recours en urgence, induisent un mode de « rencontre » inhabituel par rapport à la consultation classique, laquelle ne présente pas, de prime abord, une notion de gravité sauf exception. La consultation classique suit un parcours établi et codifié. Se rendre, avec ou sans rendez-vous, dans un délai plus ou moins long, chez un médecin, dont le nom est, le plus souvent, préalablement connu, pour un motif n'ayant pas suscité un recours rapide aux soins. Le lieu de la consultation classique est fermé, calme, et n'induit pas, *a priori*, de stress supplémentaire, surtout si la personne connaît déjà le médecin, le cabinet. « *Le malade aime à choisir son médecin et cette question du « libre choix » tient une*

grande place dans l'histoire médicale (...). Il est assez naturel que l'homme, touché par le désordre organique, ait possibilité de choisir la personne à qui force lui sera de se confesser, devant qui, bon gré, mal gré, il devra se montrer plus ou moins nu, faible, dépourvu, misérable ou ridicule. »²²⁸. Ce choix procède du fait que le malade vient livrer son intimité, se confesser, à un moment où il se trouve, ou se perçoit, en position de faiblesse, en demande vis-à-vis d'un soignant dont, *de facto*, il dépend. Le sentiment d'infériorité secondaire au contexte, peut être plus ou moins prégnant selon les situations. « *Le médecin, par ses rapports avec le malade, et grâce à l'intimité spéciale qu'on lui accorde, doit compenser les liens rompus et réaffirmer le contenu social de la conscience de soi altérée du malade.* »²²⁹. La maladie transforme, bouscule, bouleverse, inquiète, interroge... Le médecin écoute, examine, touche, palpe, ausculte, déduit, énonce, rassure, prescrit, suit...ensemble d'étapes au cours desquelles la confiance est requise ; l'intimité étant dévoilée. Cette confiance est à la fois d'autant plus aisée, et d'autant plus forte, qu'elle s'est construite au fil de consultations antérieures.

Pour la personne, venir aux Urgences relève d'une immersion en territoire inconnu. Nul rendez-vous... une venue généralement pas ou peu anticipée... un contact administratif avant d'être un contact hospitalier, accueillant. Un lieu le plus souvent de grande dimension, bruyant, dont la pulsation, rapide, est perceptible d'emblée, régenté par des codes inconnus pour qui vient consulter. « *Quand on entre, on est frappé par l'agitation, la présence de petits groupes et non celle d'individus isolés ou statiques. Les professionnels vont et viennent, des pompiers, des ouvriers d'entretien passent. [...] On a la sensation de collectivité dense, de promiscuité.* »²³⁰. Lieu considéré comme ouvert, du fait d'horaires ininterrompus, et pourtant fermé dont l'accès, après l'inscription, est limité. Lieu pouvant sembler mystérieux, opaque, entre ville et hôpital, toujours en alerte, en mouvement. Temps à la fois cadencé de contacts rapides et ponctué d'attentes pour les personnes, malades, avant et après avoir rencontré chaque soignant, dont l'urgentiste. Sens en éveil, l'activité bruisse, hurle parfois. Lieu d'un spectacle étrange auquel la nécessité pousse la personne, malade, à participer, ne serait-ce que passivement. Pas de possibilité, pour la personne, malade, de choisir

²²⁸ Duhamel G., *L'étatisme et les responsabilités de la médecine*, Revue des deux mondes, 15 mai 1934, p.280.

²²⁹ J. Berger, J. Mohr, *Un métier idéal*, Paris, Le Seuil, Editions de l'Olivier, 2009, p.67.

²³⁰ J. Peneff, *L'hôpital en urgence*, Paris, Métailié, 2005, p.23.

l'interlocuteur soignant : nul nom de médecin avant la mise en présence. L'obligation tacite est d'accepter d'être vu, par celui ou celle qui se présentera pour mener à bien cette consultation. *Etre vu*, à savoir être entendu, examiné, ausculté, palpé, par des oreilles, des yeux, une main étrangère. Il faut attendre, plus ou moins longtemps, sans avoir la moindre indication, sans être en capacité de connaître, et encore moins maîtriser, le moindre élément, dont le nom du médecin, et ainsi subir la situation sur laquelle nulle emprise ne semble possible. Cette situation, hors norme, génère une charge émotionnelle forte, favorisant l'acceptation par la personne, malade, de ces conditions marquantes, parfois abruptes, en tout cas différentes d'une consultation dite classique. Nul choix. Le fonctionnement est ainsi et il faut, pour le quidam, s'y soumettre ou se démettre.

La diversité et la multiplicité des demandes sollicitant les Urgences, leur confèrent une valence particulière, loin d'être anecdotique. Ainsi, Jean Peneff qualifie-t-il, de façon provocatrice, les services d'urgence de « *services-tampons multifonctionnels* »²³¹. La notion de fonctions multiples est idoine, tant la variété des situations est étendue et l'adaptabilité des soignants requise. Toutefois, la mission première est d'apporter des soins/du soin, et non pas de se positionner, selon le contexte, comme un tampon. Ce terme, peu amène, connote le service via une image par défaut, celle de l'absence de compétences spécifiques ou réelles, les professionnels se contentant de gérer l'attente en vue d'une orientation à venir. Un *tampon*...telle une matière absorbante, prête à encaisser les chocs, à assourdir les bruits, tant vis-à-vis de l'intérieur que de l'extérieur de l'hôpital. Cependant, il n'est pas envisageable de nier cette fonction d'attente, de patience devenue une réalité (souvent) quotidienne, pour ceux qui y travaillent ou y consultent. Ne faudrait-il pas justement revenir au but premier cristallisé par la rencontre avec l'Homme souffrant, et éviter de s'arroger une analyse distante des soins mais attenante au constat sociétal ? S'approprier ce constat de *service tampon*, et/ou ne pas s'en extraire serait pervertir l'inquiétude pour autrui, le sens des soins, et abolir la dimension éthique inféodée à pareille rencontre.

²³¹ J. Peneff, *Les malades des urgences, Une forme de consommation médicale*, Paris, Métailié, 2000, p.19.

2.2.2 Le mouvement premier ou l'inquiétude

La rencontre avec l'autre inaugure, mais plus encore initie les soins. Soigner peut recouvrir de multiples définitions, dont le *primum movens* est la préoccupation induite par la personne nécessitant des soins, du soin, une grande vigilance, un éveil permanent. Indépendamment des définitions du verbe *soigner*, une équivalence apparaît appropriée au regard de l'expérience vécue : l'inquiétude. L'inquiétude, à savoir « l'absence de quiétude, de repos, de tranquillité »²³², est un désordre plus ou moins visible, touchant à la fois la sphère intellectuelle, psychique, mais aussi la sphère physique. En effet, la mobilité spontanée de celui qui vit, héberge cette inquiétude peut traduire cet état, sorte de fébrilité sourde.

Soigner est non seulement action, mouvement, mais contient également la préoccupation interne permanente. Décider de substituer un verbe, *soigner*, par un nom, *inquiétude*, lui semblant de prime abord éloigné, peut (pourrait) (ap)paraître inadapté. Pourtant, le mot *inquiétude* - et de fait son existence concrète -, prévaut dans nombre d'aspects du soin. L'inquiétude désigne à la fois un état mais aussi un mouvement, tandis que le verbe *soigner*, est, par définition, synonyme d'action seule. L'inquiétude comporte le mouvement visible, physique, l'acmé étant sans doute la réanimation cardio-pulmonaire, ou un mouvement moins apparent, plus intérieur, pour ne pas dire intériorisé, la préoccupation au sens littéral (« *souci ou inquiétude qui prend une grande place dans notre esprit* »²³³). Cette inquiétude est dirigée vers l'autre - *s'inquiéter pour/de quelqu'un* -, mais transcrit conjointement l'état de celui qui l'abrite - *être inquiet* -. L'inquiétude semble donc être un terme approprié pour endosser et caractériser le mouvement premier envers l'autre.

D'autres termes sont assimilés aux soins, variables selon les auteurs. Ainsi, Fiodor Dostoïevski parle-t-il, dans *Les Frères Karamazov*, d'« *amour agissant* » lors des soins à autrui : « *Je ferme les yeux et je me demande : « Persisterais-tu longtemps dans cette voie ? Si le malade dont tu laves les ulcères te paie d'ingratitude, s'il se met à te tourmenter de ses caprices, sans apprécier ni remarquer ton dévouement, s'il crie, se montre exigeant, se plaint même à la direction (comme il arrive souvent quand on*

²³² Le Robert, *Op. cit.*

²³³ Le Robert, *Op. cit.*

souffre beaucoup), alors ton amour continuera t'il ? » Figurez-vous, j'ai décidé avec un frisson : « S'il y a quelque chose qui puisse refroidir sur le champ mon amour « agissant » pour l'humanité, c'est uniquement l'ingratitude. »²³⁴. Si cette dénomination d'*amour agissant* se distingue de l'inquiétude, elle a toutefois l'apanage de signifier le *dévouement* tangible, explicitement nommé, et de mêler les éléments psychiques et physiques, précédemment évoqués comme deux composantes inféodées aux soins. En effet, l'action physique du soin est décrite par le *lavage des ulcères*, l'impact psychique par la notion de *tourment*. Sans doute Fiodor Dostoïevski utilise-t-il à dessein le terme de *tourment* pour faire écho à l'expression d'*amour agissant* ; le participe présent accentuant le mouvement. Toutefois, le *tourment* signifie bien l'implication de la sphère psychique, et l'impulsion physique. Et cet auteur, par la voie de son personnage, de définir peu après « *l'amour agissant* » ainsi : « [...] c'est le travail et la maîtrise de soi, et pour certains, une vraie science. »²³⁵. Cette définition apparaît, contrairement à la description initiale, assez réductrice, tronquant à cet endroit précis, certains aspects du soin. Ne résumer le fait de soigner que comme un travail sur soi réduit les composantes de celui-ci, mais revêt un aspect plus intérieur assez peu évoqué, notamment par les soignants eux-mêmes. Ainsi, Fiodor Dostoïevski résume-t-il en quelques lignes les différentes dimensions du soin : se dévouer à l'autre, agir malgré des situations peu engageantes, sans en ignorer les conséquences sur soi-même, et parvenir à les intégrer, les surmonter, les accepter pour résister.

En effet, la confrontation à l'Homme souffrant ne laisse pas indifférent et génère un travail sur soi, sans lequel soigner - qu'on le nomme *inquiétude* ou *amour agissant* - serait partiel, et perdrait une partie de son sens, par la perte même d'une partie de son impact. Le but n'est pas d'annihiler cette inquiétude, mais de s'en servir pour aller à la rencontre de la personne, malade, et pouvoir s'en occuper. Car pour donner des soins, la rencontre est indispensable, rencontre n'allant pas de soi, mais nécessitant indubitablement, tout au long de l'expérience, ce travail sur soi. Travail permettant au fil du temps de construire, de gagner, tel un territoire, une « un-quiétude » pour permettre la rencontre de façon plus sereine. L'inquiétude est un pont pour passer au-delà du *néant*, séparation paradoxalement palpable, concrète, entre le soignant et la personne, malade, tel que défini par Jean Paul Sartre. « *Entre autrui et moi-même il y a un néant de séparation. Ce néant ne tire pas son origine de moi-même, ni d'autrui, ni*

²³⁴ F. Dostoïevski, *Les frères Karamazov*, Paris, Gallimard, Folio, 2015, p.101.

²³⁵ *Ibid.*, p.103.

d'une relation réciproque d'autrui et de moi-même ; mais il est, au contraire, originellement le fondement de toute relation entre autrui et moi, comme absence première de relation. »²³⁶. Parce qu'il n'y a que le néant entre la personne, malade, et le moi, en tant que soignant et en tant qu'être, la relation ne peut exister sans un mouvement volontaire en direction de l'autre. En matière de soins, l'inquiétude, par nature ontologique, est le mouvement, l'exigence vis-à-vis de soi-même en tant que personne doublée de la figure soignante, menant jusqu'à l'autre. Cette inquiétude ne saurait être la relation, née de l'exigence de rencontrer l'autre, mais elle en constitue la matrice. « On rencontre autrui, on ne le constitue pas. »²³⁷.

2.2.3 La rencontre générique

Qu'est-ce qu'une rencontre ? « *Hasard, évènement fortuit par lequel on se trouve dans telle ou telle situation* »²³⁸. Si le sens premier insiste sur l'imprévu, le sens second se définit par : « *Le fait, pour deux personnes, de se trouver en contact, d'être rapprochées, d'abord par hasard, puis par extension d'une manière concertée ou prévue* »²³⁹, ou encore par le « *fait de se trouver fortuitement en présence de quelqu'un* »²⁴⁰.

Aux Urgences, le *hasard* correspond à la perspective d'un Homme souffrant, en demande de soins, en regard duquel (et non en miroir) se trouve un Homme devant/pouvant donner des soins (le miroir reviendrait à ne lui donner que le reflet de lui-même, le regard correspond au face-à-face mais aussi à l'intérêt qui lui est porté). Ces deux personnes, sauf contact antérieur, ne se connaissent pas, et sont des étrangers l'un pour l'autre, l'un à l'autre. Leur face à face relève bien de la rencontre au sens où Emmanuel Lévinas l'entend. « *La rencontre c'est entre étrangers que cela se passe, sans cela ce serait de la parenté.* »²⁴¹. Mais, cette configuration ne procède pas d'un choix mutuel : aucun d'entre eux n'a décidé de rencontrer personnellement, spécifiquement l'autre. Si le soignant peut décider de voir une personne plutôt qu'une

²³⁶ J.P. Sartre, *L'être et le néant*, Paris, Gallimard, Collection Tel, 2016, p.319.

²³⁷ *Ibid.*, p.347.

²³⁸ Le Robert, *Op. cit.*

²³⁹ Le Robert, *Op. cit.*

²⁴⁰ Centre National de Ressources Textuelles et Linguistiques, entrée « rencontre ».

²⁴¹ E. Lévinas, *Altérité et transcendance*, Paris, Le Livre de Poche, Collection biblio essais, 2006, p.108.

autre, celle-ci ne peut, *a contrario*, choisir de prime abord la ou les personne(s) qui va (vont) venir l'examiner, la soigner.

Les conditions du recours aux soins génèrent un mode de consultation non classique. Conséquemment, le scénario de ce recours est spécifique, avec pour point d'orgue, l'accès à la nudité, et ce, dans un délai très court, sans repère commun préalable. « *Je me passionnai pour cette science [la médecine] trop proche de nous pour n'être pas incertaine, sujette à l'engouement et à l'erreur, mais rectifiée sans cesse par le contact de l'immédiat et du nu.* »²⁴². La caractérisation de la médecine, voire de l'acte médical, est ici remarquable. Décrite comme une science incertaine du fait même de sa proximité avec « nous », l'humain, dont le fonctionnement est variable et parfois inaccessible. La médecine, science dont les aléas seraient *l'engouement* et *l'erreur*, sortes de bornes délimitant l'aire des soins, sans pour autant en constituer les frontières. D'un côté une forme de joie, *l'engouement*, sans doute liée à la réussite, et de l'autre, *l'erreur*, traduction d'un faux pas et constat d'échec, sans pour autant d'évocation, de description du sentiment secondaire à *l'erreur*. Le correctif à cette science, sorte de rappel à l'ordre, serait la temporalité, réduite à l'instant, et la nudité. Cette nudité, ou du moins son contact, participe, sans échappatoire, à la perception de la (position de) vulnérabilité de la personne à qui, en tant que médecin, il faut faire face. Nier la situation de la personne, malade, serait refuser de voir. Or la nudité, donnant à lire la corporéité sans intermédiaire, ne saurait trahir, du fait justement du dénuement absolu, de l'exposition corporelle totale. La confrontation est imposée, rapide, le malade en quelque sorte exposé. Charge au soignant, au sens de la responsabilité, de protéger cette nudité à laquelle accès lui est donné, livré, au cours de la rencontre.

La rencontre n'est pas dissociable du soin. Elle en est à la fois le socle et la matrice. Si la personne, malade, et le soignant ont pour trait partagé, pour point commun, leur humanité, ils sont néanmoins étrangers l'un à l'autre, du moins avant la rencontre. Reconnaître en l'autre sa propre humanité procède d'un effet projectif, et non de la rencontre à proprement parler, « *Car reconnaître, c'est le contraire de la rencontre.* »²⁴³. Reconnaître suppose la connaissance antérieure de l'autre, et occulte la dimension de découverte qui prévaut au cours de la rencontre. Rencontrer, c'est, au contraire, oser le mouvement : celui qui conduit vers l'autre, celui pour lequel les connaissances

²⁴² M. Yourcenar, *Mémoires d'Hadrien*, Op. cit., p.46.

²⁴³ G. Deleuze, C. Parnet, *Dialogues*, Paris, Flammarion, Champs essais, 2008, p.15.

techniques spécifiques du métier de soignant ne sont pas requises. Rencontrer, c'est se mettre en route, user d'un processus actif d'humanité pour appréhender celui qui nous fait face. Ce mouvement doit provenir principalement du soignant dont la posture est active. La personne, malade, est certes venue chercher des soins, mais sa position est celle de l'attente de soins. Toutefois, en termes de rencontre, le soignant ne peut considérer que l'autre doit être actif autant que lui. Aller vers l'autre, la personne, malade, participe du mouvement de l'action, et légitime alors la dimension utile à cette rencontre - cette notion d'utile sera étudiée ultérieurement²⁴⁴ - .

Investir, en tant que soignant, la rencontre comme terrain de la maïeutique des soins oblige au devoir de porter l'humanité au-dessus du soin. Ce processus impose d'avoir recours à sa propre humanité, voire de l'exposer un tant soit peu, pour que l'Homme souffrant puisse, par un processus de partage, lui aussi s'y projeter, et sans doute s'y reconnaître. Si les soins avaient lieu sans rencontre, ils ne seraient que technicité crue. La rencontre donne corps aux soins, le corps étant le médium partiel des soins.

2.3 Types de rencontres

Au cours de ce travail, la rencontre n'est pas envisagée comme le premier temps de la mise en présence, mais comme la totalité des temps de contact entre la personne, malade, et le soignant. Cette considération s'appuie sur deux éléments. Aux Urgences, le parcours de soins se construit progressivement, entre temps de présences et temps d'isolements synonymes d'absences du soignant, alors qu'en consultation classique, la rencontre se déroule en un seul tenant, en présence. Les temps d'absences ne signifient pas la vacuité d'action, mais, seulement le non contact des deux sujets, personne, malade, et soignant. La relation se tisse au sein de cet espace temporel morcelé, composite, en apparence décousue, chaque moment étant à la fois distinct, mais s'inscrivant cependant dans un continuum, une suite logique.

Tels des actes d'une même pièce, telles des mesures d'un même mouvement, les moments s'enchaînent, graduellement, constituant en eux-mêmes des sortes de rites,

²⁴⁴ Cf. Partie 4 : *Les obstacles à la conscience éthique dans l'urgence, l'éthique empêchée...*

présentant des analogies avec les « rites de passage » analysés par Arnold Van Gennep²⁴⁵. Chaque acte, nécessaire et indispensable, a une construction propre et est relié au précédent, et au suivant, par un trait d'union perceptible, à savoir la genèse des soins, lesquels sont le dénouement ultime de la consultation.

Enfin, dans un service d'urgences, la rencontre est presque toujours unique, et la probabilité pour qu'un même soignant s'occupe une nouvelle fois de la même personne, malade, hors passages répétés, est très faible. L'unicité de cette rencontre, dont la construction et la narration sont fractionnées, est caractéristique, lui conférant une valence particulière. La classification proposée ci-dessous se réfère au temps, paramètre régulièrement mis en avant pour caractériser les urgences. Or, si le temps physique est identique pour chaque personne, qu'il s'agisse d'une personne, malade, ou d'un soignant, le temps vécu est là encore très différent. Pour les personnes, malades, l'attente apparaît souvent, pour ne pas dire toujours, trop longue. La seule urgence valable semble être la sienne, le contact avec le médecin apparaissant parfois trop court, voire frustrant. Pour le soignant, le temps file, les malades défilent.

Sont donc ici présentées quelques rencontres choisies selon le curseur temporel :

- la rencontre de courte durée, ou l'immédiateté du contact, le *temps furtif*,
- la rencontre diagnostique dont le temps est suspendu à valeur de *bascule*, de césure entre le temps d'avant et celui d'après,
- la rencontre avec un temps *hors du temps*, celui de la misère,
- la *dernière rencontre* lorsque le temps semble s'étirer jusqu'à n'être plus.

Volontairement, le nombre de rencontres décrites est restreint du fait du choix de la valence temporelle caractérisant le type de confrontations. La finalité est de pouvoir dégager certains éléments caractéristiques de la rencontre en urgence, dont les articulations temporelles les unes par rapport aux autres.

²⁴⁵ Cf. Partie 3.4.3 : *Découpe rituelle de la rencontre*

2.3.1 Rencontre brève ou le temps furtif

« Le médecin n'est point le médecin du type humain, de l'espèce humaine, il est le médecin d'un individu et d'un individu qui est placé dans des conditions particulières. »

C. Bernard, cité par J. Roman, in *Chronique des idées contemporaines*,
2^{ème} édition, Bréal, Paris, 2000, p.747.

- *« Bonjour Madame, que vous est-il arrivé ?*
- *J'ai glissé ce matin dans ma salle de bains. Je me suis fait très mal à la cheville droite. Depuis, elle est toute gonflée.*
- *Dans quel sens est parti votre pied, vers l'intérieur ou l'extérieur ?*
- *Vers l'intérieur...enfin je crois...je ne sais plus très bien, c'est allé si vite.*

Le médecin s'agenouille aux pieds de la dame déchaussée. Il inspecte la cheville, puis palpe certains reliefs osseux, en demandant à chaque fois si cela fait mal. La dame n'ayant aucun point douloureux, le médecin donne quelques explications.

- *Il n'y a pas de suspicion de fracture, et donc pas de nécessité de faire des radiographies de votre cheville. Vous allez devoir vous reposer un peu, surélever le pied, mettre de la glace régulièrement et porter une attelle avec des chaussures lacées.*
- *Est-ce que je pourrai marcher ?*
- *Bien sûr, la marche n'est pas interdite du tout.*

Les explications vont vite, mais « tout est inscrit sur l'ordonnance », précise le médecin en donnant les documents à la dame. La dame repart accompagnée de son mari. ».

Quelques minutes, tout au plus une dizaine...nombre de passages aux Urgences, sont rapides, presque furtifs. Bien que désincarné, le terme de *passage*, d'origine administrative, appartient désormais au langage des soignants. Ces prises en charge très courtes, quasi éphémères, ne permettent pas une « vraie » rencontre - en écho à la notion d'*urgence vraie* c'est à dire de mise en péril de la vie ou de la fonction -, au cours de laquelle chacun aurait le temps de s'appréhender mutuellement. Ni la personne, malade, ni le médecin ne présentent, apparemment, de propension à avoir

un contact dont la teneur dépasserait le simple cadre des soins, ou intensifierait le contact. Inscrite dans l'instantanéité, la rencontre ressemble à une sorte d'aperçu de l'autre, guidé uniquement par le but de leur face à face, les soins. Le rythme est inféré par les circonstances, le caractère banal et bénin du recours. La bénignité ne confère pas à la rencontre une dimension d'humanité en péril, l'attention de la personne, malade, étant de fait centrée sur l'organe défaillant.

Avant même toute mise en présence, le seul motif suffit à inscrire la personne, malade, dans un circuit court, à induire, du moins chez le médecin, un tempo rapide à la consultation. Chaque étape de la prise en charge favorise un contact bref. Une anamnèse circonscrite, facile à raconter : *faux pas, douleur en regard de la cheville*. Un examen clinique focalisé sur la zone douloureuse requérant peu de temps, compatible avec une atteinte ligamentaire. Aucune investigation complémentaire du fait d'un diagnostic patent, évident, assorti d'une conduite à tenir uniciste, codifiée, ne laissant aucune place, ou presque, à plusieurs alternatives. L'échange ne fournit pas l'occasion d'une narration complexe, d'explications longues, de discussions entre différents diagnostics, plusieurs options de soins. Du fait de l'absence d'inconnues ou presque, le contact est rapide, les explications ciblées, la rencontre, directe, la résolution semblant évidente pour ne pas dire facile. Le soignant n'est pas sollicité dans sa personne mais dans sa fonction.

Pour la personne, malade, comme pour le médecin, l'élément prégnant est l'absence de gravité pressentie et/ou ressentie (aucune mise en jeu du pronostic vital). Cet exemple de pathologie traumatique bénigne n'introduit pas d'attitude réciproque particulière. Le plus souvent, ce type de rencontre éclair n'est pas vécu, au moins par le médecin, comme une rencontre marquante, sauf s'il en émerge une connotation particulière, satellite ou non de la situation. Pour autant, le soignant doit se garder d'en être blasé, et d'omettre (de rencontrer) le sujet en lui-même. Le contexte temporel intrinsèque à ce type de consultation, parfois expéditive, ne saurait dédouaner de l'humanité à soigner...et à rencontrer.

« Votre « cas », comme on dit si cavalièrement chez nous, est et reste ma principale préoccupation. »²⁴⁶. Se contenter de la casuistique, terrain connu, quasi technique, ne

²⁴⁶ S. Zweig, *La pitié dangereuse ou l'impatience du cœur*, Paris, Grasset, Le livre de poche, 2012, p. 133.

serait que partie des soins, passant à côté de la personne. La notion de cas distancie et désincarne en même temps l'être dont il est question. Or, les soins, par essence, ne se résument pas, fussent-ils courts, à l'application répétitive d'une ou plusieurs technique(s), car ils ne sont pas destinés à un objet. « *Il est temps de tordre le cou à cette hiérarchie « évidente » de sciences, qui place, dans leur degré de scientificité, les sciences « exactes » au-dessus des sciences humaines.* »²⁴⁷. Ce d'autant que la médecine n'est pas une science exacte, mais bien une science profondément humaine, (certes) doublée d'un rationnel scientifique. En effet, en tant que soignant, s'affranchir de l'Homme est impossible et impensable, ne serait-ce que par l'identité de la personne, différente à chaque fois, à chaque consultation. Le soignant se perdrait, au sens propre comme au sens figuré, à n'être orienté que vers l'application stricte de sa compétence professionnelle. Cette option équivaldrait, en tant que soignant, à accepter de n'être qu'un simple exécutant de techniques, au sens d'application dénuée de réflexion et de véritable implication. Technicien de soins, et non soignant. Etre soignant signifie être à la fois acteur et auteur de ses actes, c'est-à-dire en train de donner du soin, de s'inquiéter d'autrui. Il s'agit alors de ne pas se retrancher derrière la seule fonction soignante, mais bien d'aller à la rencontre de l'autre.

Envisager, au sens littéral - « *regarder une personne au visage* »²⁴⁸-, la rencontre comme une discipline purement technique, tels des travaux pratiques, consisterait à occulter la personne, derrière la seule maladie. Le risque est, par une sorte de contagion, de réduire l'identité de la personne, de la résumer à la seule maladie, réification ostentatoire et non-sens absolu des soins. A ce titre, le langage en est témoin, « *le malade...la malade...* »... Il n'existe pas deux entités à relier - la personne et la maladie -, mais une entité unique, singulière - la personne - présentant un problème, dont le médecin est garant en termes de recours, de compétences, de responsabilité(s).

Du fait de sa brièveté, la rencontre furtive expose au risque de ne pas percevoir la personne, juste de l'apercevoir. L'attitude soignante doit induire le mouvement vers cette personne, et ne pas placer sciemment la maladie, tel le but ultime, en interface. Interface à valeur de « *quatrième mur* » comme défini par Sorj Chalandon : « *Une façade imaginaire, que les acteurs construisent en bord de scène pour renforcer*

²⁴⁷ M. Morange, *La vie, l'évolution et l'histoire*, Paris, Odile Jacob, 2011, p.65.

²⁴⁸ Le Robert, *Op. cit.*

l'illusion. Une muraille qui protège leur personnage. Pour certains, un remède contre le trac. Pour d'autres, la frontière du réel. »²⁴⁹. Si cette description s'applique au théâtre, elle n'est pas étrangère à l'attitude de certains médecins. Une limite imaginée telle une frontière, une clôture évitant, voire occultant, (la rencontre avec) l'autre, permettrait ainsi de se retrancher derrière son unique fonction, son rôle, sans exposition ni confrontation à la réalité de l'autre, en se contentant dès lors de la maladie. L'illusion (l'imposture ?) serait alors totale : avoir fait ce qui était à faire, sans même prendre en compte la personne, mais en se donnant une forme de bonne conscience.

Ce risque est d'autant plus grand que, comme le dit Alain Froment, « *La relation médicale expose à une forme de négation de l'altérité du soigné qu'est la prétention à le connaître.* »²⁵⁰. Sans parler de prétention à proprement parler, le fait de voir nombre de personnes dans une journée impulse la sensation fallacieuse, par habitude, de savoir d'emblée qui est celui qui fait face. Or, la connaissance de l'autre demande du temps et suppose des étapes incontournables, permettant une réciprocité relationnelle, dont la première étape est de regarder l'autre. Sans cette réciprocité, ce face-à-face crucial, le « *Tu* » - la personne - n'est pas rendu accessible et demeure « *Cela* », un élément sans âme. La maladie, « *Cela* », est considérée, analysée, et la personne, le « *Tu* », échappe. « *Mais l'humanité réduite à un Cela, telle qu'on peut l'imaginer, la postuler et l'enseigner, n'a rien de commun avec la forme d'humanité corporelle à laquelle un homme dit Tu de tout son être.* »²⁵¹. Le « *Tu* » considère l'autre, le « *Cela* » le cantonne à la maladie. Dès lors, nulle dialectique ne peut avoir cours par absence de réflexivité, alors même que celui qui nous fait face nous est identique, ce que Paul Ricœur nomme la *mêmeté*²⁵². La réflexivité est l'essence même de la rencontre : elle est nécessaire et indispensable pour qu'il y ait échange de l'un à l'autre, de l'un envers l'autre, de l'un pour l'autre, pour générer l'inquiétude, le soin. De plus, considérer l'autre, le « *regarder attentivement* »²⁵³, permet de s'extraire de la technique « nue », et de devenir pleinement soignant. « *Je m'accomplis au contact du Tu, je deviens Je en disant Tu.* »²⁵⁴. Le soignant ne peut s'accomplir lui-même qu'en accédant à la personne dont il est en charge, car « *Autrui est le médiateur entre moi et moi-même [...].* »²⁵⁵. A

²⁴⁹ S. Chalandon, *Le quatrième mur*, Paris, Grasset, Le Livre de Poche, 2014, p.39.

²⁵⁰ A. Froment, *Pour une rencontre soignante*, Paris, Editions des archives contemporaines, 2014, p.78.

²⁵¹ M. Buber, *Op. cit.*, p.46.

²⁵² P. Ricœur, *Soi-même comme un autre*, Paris, Editions du Seuil, Points Essais, 2015, p.140.

²⁵³ Le Robert, *Op. cit.*

²⁵⁴ M. Buber, *Op. cit.*, p.44.

²⁵⁵ J.P. Sartre, *L'être et le néant*, *Op. cit.*, p.312.

ne considérer l'autre que comme un « *Cela* », un cas, *on* risque de ne jamais devenir un « *Je* », mais bien d'apparaître finalement, soi-même, uniquement comme un « *Cela* ». Aller à la rencontre de quelqu'un génère, par dialectique, une mise en lumière de soi-même : « [...] *J'ai besoin d'autrui pour saisir à plein toutes les structures de mon être [...].* »²⁵⁶. Ce saisissement des arcanes « *d'être soignant* » existe via l'existence d'autrui. Sans cette réflexivité entre soignant et personne, malade, le soignant ne peut percevoir qui il est en tant que soignant, et également en tant que personne.

Le soin, cette inquiétude absolue pour quelqu'un d'autre, signifie être en charge au sens d'en être responsable. Être responsable de l'autre, de la personne, malade, prend un autre sens que celui d'avoir la responsabilité de quelqu'un. « Être » incarne, engage pleinement, oblige à endosser presque corporellement la responsabilité, tandis qu'« avoir » dématérialise en quelque sorte cette responsabilité, telle une réification assortie d'une mise à distance. Ainsi, « avoir » laisse à penser qu'il serait possible, sans conséquence, de délaissé en l'occurrence Autrui et ce, à tout moment. Cette responsabilité de la personne, malade, débute lors de la confrontation, et n'est pas liée au temps quant à son intensité, sa valence. La durée de la consultation, même expédiente, voire expéditive, ne dédouane ni de la rencontre, ni de la responsabilité, sinon, cela reviendrait à ne pas être totalement soignant en pareilles circonstances.

*« L'instant présent, non pas l'instant ponctuel qui ne désigne jamais que le terme mis par la pensée au « temps écoulé » et l'apparence d'un arrêt dans cet écoulement, mais l'instant véritablement présent et plein n'existe que s'il y a présence, rencontre, relation. »*²⁵⁷. Le contenu du temps l'emporte sur sa simple existence, sous réserve d'être actif par rapport à ce temps. En effet, la rencontre telle que présentée en préambule est *« Le fait, pour deux personnes, de se trouver en contact, d'être rapprochées, d'abord par hasard, puis par extension d'une manière concertée ou prévue »*²⁵⁸, se définit surtout, voire d'abord, par ses effets. Parmi les effets de la rencontre voulue, naissent le devoir vis-à-vis d'autrui et l'exigence quant à soi-même, éléments ô combien difficiles à atteindre. Mais *« Qu'une chose soit difficile doit nous être une raison de plus de nous y tenir. »*²⁵⁹. Car la rencontre fait partie de ces

²⁵⁶ *Ibid.*, p.313.

²⁵⁷ M. Buber, *Op. cit.*, p.45.

²⁵⁸ Le Robert, *Op. cit.*

²⁵⁹ R.M. Rilke, *Lettres à un jeune poète*, Paris, Grasset, Les Cahiers Rouges, 2011, p.65.

« choses » difficiles, de cette inter-humanité qui doit impliquer le soignant, au sens du devoir. Dans cette exigence quant à soi-même pour rencontrer l'autre, l'équilibre va advenir au fur et à mesure du temps. Temps unique avec une même personne, temps multiple au fil des rencontres, de ces confrontations en face-à-face. « *L'équilibre est un rapport entre ce que l'homme exige de lui-même et ce qu'il peut.* »²⁶⁰. L'expérience va permettre au soignant de trouver l'équilibre, tant en termes d'exercice à proprement parler que de rencontre.

2.3.2 Rencontre diagnostique ou la suspension du temps

« Il appartenait à ce type d'esprits, si rares, qui, possédant à fond une spécialité, la voyant pour ainsi dire du dedans, et d'un point de vue inaccessible aux profanes, gardent cependant le sens de sa valeur relative dans l'ordre des choses, la mesurent en termes humains. »

M. Yourcenar, *Mémoires d'Hadrien*, Paris, Gallimard, Folio, 2015, p.49.

En parallèle de rencontres rapides, l'urgentiste peut être confronté à d'autres consultations d'une autre valence, à la fois temporelle et émotionnelle. Ainsi, l'annonce diagnostique grave, avec mise en jeu du pronostic vital à plus ou moins long terme, est une situation particulière, où la rencontre est marquée, voire caractérisée, par le diagnostic. La temporalité, sa perception, n'est pas définie par la durée de consultation, mais bien par la gravité de la situation, générant une rupture, celle de l'hypothèque du temps à venir.

Une jeune femme se présente aux Urgences un soir de Noël. C'est son ami, inquiet, qui l'a poussée à venir en ce soir de réveillon. Elle est fatiguée, mais travaille beaucoup, et puis, elle a quelques hématomes apparus sur les jambes. Selon elle, il est probable qu'elle se soit cognée, même si elle ne s'en souvient pas. Le médecin écoute, questionne. La jeune femme répond en souriant, en disant toutefois qu'elle aimerait partir rapidement car « ...quand même, c'est Noël... ». Après l'avoir examinée, le médecin lui indique que l'infirmière va venir lui faire une prise de sang.

²⁶⁰ *Ibid.*, p.101.

- *Mais n'est-il pas possible de la faire après-demain en ville ?*
- *Puisque vous êtes là, autant le faire maintenant, les résultats seront assez rapides.*
- *Bon d'accord, mais vite alors...*

Le médecin téléphone au service d'hématobiologie en indiquant que la numération de la jeune femme est urgente. Il suspecte une leucémie, et aimerait savoir s'il se trompe ou non. Il ajoute que d'ailleurs il préférerait se tromper.

Trois quarts d'heure plus tard, le téléphone sonne, et le biologiste donne les résultats. Leucémie aiguë myéloïde stade III. L'urgentiste téléphone à l'hématologue de garde pour l'informer du diagnostic. Décision conjointe est prise d'annoncer ensemble le diagnostic à la jeune femme.

Urgentiste et hématologue entrent dans la pièce où se trouvent la jeune femme et son ami. Souriante, elle leur dit :

- *Deux médecins pour moi toute seule... c'est parce que c'est Noël ?*
L'urgentiste explique que la prise de sang n'est pas normale, que certaines cellules, les globules blancs, ne sont pas en nombre correct.
- *C'est-à-dire ? Ça veut dire quoi ? interroge-t-elle, alors qu'elle prend la main de son ami.*
- *Cela veut dire, reprend l'hématologue après s'être présenté, que vous avez besoin de rester à l'hôpital, qu'il va falloir prélever dès ce soir un peu de votre moëlle osseuse qui produit vos cellules sanguines, et sans doute débiter un traitement rapidement, en chambre stérile.*

- *Mais je voudrais passer Noël avec ma famille. Cela ne peut pas attendre quelques jours... juste après les fêtes ? Et puis pourquoi en chambre stérile ?*

La discussion se poursuit, et le diagnostic tombe...le mot est prononcé...leucémie...

La jeune femme demandera s'ils en sont sûrs, si cela n'est pas une erreur... Elle restera avec son ami pendant un moment avant de monter en hématologie pour les premiers traitements.

L'annonce de pareil diagnostic est un moment terrible, au sens littéral. L'insouciance est soudainement remise, ajournée. L'annonce contient en fait deux annonces simultanées : l'existence de la maladie, transfigurant la personne en malade,

et la perte de contrôle sur son propre avenir désormais soumis au rythme de l'intrus, la maladie. Dans cet exemple, la leucémie est un diagnostic connu de la population générale. Peu, voire plus, de place, à ce qui pourrait être une forme d'espoir, ou de doute positif. Synonyme de mort avant que de penser à tout traitement, la personne, malade, se trouve projetée dans un abîme insondable pour celui qui lui fait face. « [...] pour que toute sa vie d'avant, harmonieuse, réfléchie, se fermât, comme une porte qui claque, supplantée brusquement par une autre vie, si abominable qu'elle lui faisait plus peur encore que sa tumeur même. »²⁶¹. Le contraste est total, la rupture absolue, entre ce qui n'est déjà plus, la *vie d'avant*, symbole d'harmonie, d'écoulement linéaire, et la vie autre, d'écoulement tempétueux, dont la personne, devenue malade, pressent la violence.

« En l'espace de quelques heures, Paul Nikolaïevitch avait tout perdu, sa position, ses nombreux mérites, ses plans d'avenir ; il n'était plus que soixante-dix kilogrammes de chair blanche et tiède, ignorante de son lendemain. »²⁶². La description est ici caractérisée par l'avant et l'après. Un *avant* nourri par un passé construit, guidé par un avenir fait de projets, un *après* s'apparentant à une suite hypothétique réduite à un corps devenu centre de tout, n'ayant pour seul horizon que celui des soins, de la lutte contre l'ennemi, la maladie. Avant, il existait un ou plusieurs symptômes, un doute, l'ignorance, et même le souhait, l'espoir, que ce ne soit pas grand-chose. Après le passage du médecin, la maladie a été nommée. Elle prend d'un seul coup place, sa place, envahissant l'Homme (qui se croyait) sain. Pour le malade, l'absence de repères est totale, surtout face à ce corps qui, d'un seul coup, se révèle autre, faillible, et contient en son sein une possible fin. La violence est absolue, car le temps est à la fois suspendu, rompu, disloqué, centré autour du diagnostic, de la maladie, mais plus encore de l'inconnu, de la peur, de la souffrance psychique immédiate, et vraisemblablement physique à venir.

L'annonce propulse la personne vers la maladie, et de fait la « rend » malade, surtout lorsque les symptômes étaient frustrés, ou n'avaient pas été vraiment assimilés à des anomalies potentielles. « *La maladie, en tant que force indéfinie, représente une menace potentielle contre notre être même, et nous sommes condamnés à avoir la*

²⁶¹ A. Soljénitsine, *Op. cit.*, p.28.

²⁶² *Ibid.*, p.30.

conscience aiguë du caractère unique de cet être. »²⁶³. La personne perçoit dès lors, pleinement, sa fragilité, et devient ainsi, d'une certaine façon, étrangère à elle-même. Son identité se modifie pour s'approprier ou incorporer - *in corpore* - la maladie. La peur est patente face à la gravité doublée de l'inconnu, la réaction incertaine. Sur l'instant, la personne entend, cherche à comprendre, fait ce qu'elle peut, comme elle peut. L'apprentissage réel, concret, de la bascule générée par l'annonce, ne fait que débiter, et sera plus long que les mots prononcés, plus abrasif également. « *La conscience de la maladie constitue une part du prix que l'homme payait, et paie toujours, pour avoir conscience d'exister.* »²⁶⁴.

L'annonce d'une maladie grave rompt le temps et génère une nouvelle temporalité, particulière, celle de l'entrée dans la maladie, signifiant une issue fatale potentielle. L'annonce est le signal de départ, celui d'une « course contre la montre », sauf que la montre est celle de la maladie, et que sa maîtrise, malgré les traitements, peut être, sera, très aléatoire, sans emprise possible. Maladie dominante, voire dominatrice, puisqu'elle seule, ou presque, guidera, cadencera désormais le quotidien : de rendez-vous en examens, d'examen en résultats, de résultats en traitements, de traitements en rendez-vous, en résultats... et cette boucle s'inscrit très vite dans la conscience de celui qui apprend la maladie. Le mot *apprendre* n'est pas idoine même s'il est consacré, admis. La maladie, telle une étrangère, s'incarne avant d'être définitivement associée à celui/celle qui en est l'hôte, finissant parfois même par le/la résumer.

Tant pour le médecin que pour le malade, le caractère unique de cette entrevue n'est pas neutre, car unique par le contenu et par la non répétition. Le malade ne devrait pas, sauf exception, être amené à revoir l'urgentiste, lequel ne sera pas médecin référent, n'ayant de toute façon pas l'expertise pour assurer le suivi. Aussi dur que puisse être le fait d'apprendre la maladie, avoir un suivi régulier, avec le même médecin, permet une relation construite, faite de repères, au sein d'un parcours partagé. Aux Urgences, ici, point de trajectoire au long cours émaillée de discussions, d'échanges. Juste une rencontre décisive, cruciale, au caractère dramatique patent.

Mais, la rencontre s'avère également cruciale pour le soignant : être porteur de pareille annonce, celle du diagnostic grave, n'est jamais un moment aisé, car le

²⁶³ J. Berger, J. Mohr, *Op. cit.*, p.69.

²⁶⁴ *Ibid.*, p.62.

médecin a la conscience aiguë des conséquences potentielles de la maladie. La gravité devient omniprésente, empêche le temps, et la moindre négligence de la part du médecin, pourrait être perçue comme un manquement non seulement à la situation, mais encore plus à la personne, malade. Les circonstances de l'annonce sont d'autant plus délicates qu'il n'existe aucun lien antérieur entre la personne et le médecin porteur du diagnostic. Un inconnu, dont la légitimité n'est pas liée à la confiance réciproque construite, mais plutôt décrétée du fait même de la situation, vient énoncer une catastrophe. « *La sentence vient de tomber, lourde, tranchante et froide comme un couperet d'acier [...]* »²⁶⁵. L'image du *couperet*, évocation qui n'est pas sans rappeler la guillotine, soit la condamnation à mort, porte à la fois le poids irréfutable de la chute, mais également le bruit fracassant du diagnostic. Brutalité extrême, implacable, que d'apprendre une maladie grave, prenant, de fait, le pas sur son propre pas, sans possible retour en arrière. L'annonce, *la sentence*, est incarnée par les mots, les termes utilisés, mais peut aussi induire une ou plusieurs attitudes physiques isolant le malade. Il s'agit de trouver et de choisir les mots, d'incarner une posture pour tenter d'accompagner, déjà, l'autre devenu malade, et ainsi tenter d'amoindrir autant que possible l'isolement, la solitude, de la personne dans la maladie, intrusive dès son énonciation. Car, chaque mot prononcé par le médecin relie, associe la personne à la maladie, engendrant l'isolement voire l'effacement. La maladie devient identité. Opter pour une attitude physique assez proche du malade peut faire partie des éléments à adopter pour accompagner la personne : décider au cours de l'entretien de s'asseoir, d'adoucir la voix, de regarder la personne de façon bienveillante ne sont pas que de l'ordre du symbole, loin s'en faut.

Pour délicate que soit ce genre de rencontre, le médecin se trouve confronté non seulement au malade, mais aussi à lui-même. L'obligation de dire, de nommer la maladie s'avère incontournable, annonce faite d'éventuelle(s) peur(s) quant à la réaction de la personne, devenant malade, mais aussi face à ses propres réactions. Pareille annonce peut envahir le médecin, ne serait-ce que temporairement, d'une charge émotionnelle difficile à appréhender et à gérer. Comment parvenir à expliquer secondairement l'arbitraire de la maladie si la personne le demande ? « *La peur de l'inexplicable n'a pas seulement appauvri l'existence de l'individu, mais encore les rapports d'homme à homme, elle les a soustraits au fleuve des possibilités infinies, pour*

²⁶⁵ D. Lelait, *Poussière d'homme*, Paris, Editions Anne Carrière, Pocket, 2015, p.63.

les abriter en quelque lieu sûr de la rive. Ce n'est pas seulement à la paresse que les rapports d'homme à homme doivent d'être indiciblement monotones, de se reproduire sans nouveautés : c'est à l'appréhension par l'homme d'un nouveau dont il ne peut prévoir l'issue et qu'il ne se sent pas de taille à affronter. Celui-là seulement qui s'attend à tout, qui n'exclut rien, pas même l'énigme, vivra les rapports d'homme à homme comme de la vie, et en même temps ira au bout de sa propre vie. Si nous représentons la vie de l'individu comme une pièce plus ou moins grande, il devient clair que presque tous n'apprennent qu'à connaître un coin de cette pièce, cette place devant la fenêtre, ce rayon dans lequel ils se meuvent et où ils trouvent une certaine sécurité. »²⁶⁶. La peur de l'inexplicable pousse le malade à questionner le médecin. Pourtant, le médecin ne peut pas toujours expliquer le pourquoi de la maladie. Propulsée dans l'inconnu et l'arbitraire, la personne, soudain malade, est assaillie de questionnements, d'interrogations auxquels réponse n'est pas toujours certitude. « Est-ce si grave que cela ? Est-ce qu'on peut guérir ? ». Dire la maladie grave expose au cortège (potentiel) de questions, à la vérité des rapports humains évoquée par Rainer Maria Rilke ci-dessus. Ne pas avoir à annoncer de diagnostic grave extrait le médecin du *fleuve des possibilités infinies*, celui de la palette des diagnostics possibles, notamment graves.

Un quotidien éloigné de l'indicible médical, dont fait partie l'annonce de maladies graves, s'apparente, pour le médecin, au *lieu sûr de la rive*, générant une *certaine sécurité*. Avoir à dire, et de surcroît clairement, peut, pour certains praticiens, s'avérer impossible. L'annonce d'un diagnostic possiblement létal correspond, d'une certaine façon, à la mise à nu du médecin : prononcer la maladie grave, l'hypothèque du temps à venir, la finitude éventuellement plus proche, sont autant d'éléments venant rudoyer, de fait, l'humanité propre du soignant.

« En général, les patients, après qu'on a mis un nom sur leur maladie, demandent ensuite : Combien de temps ça va prendre ? Combien de temps avant que ... ? Combien de temps ? Combien ? Et le médecin de répondre qu'il ne peut pas promettre, mais... Il semble être le contrôleur du temps, tout comme, parfois, le marin semble régner sur la mer. Mais l'un et l'autre, le médecin et le marin, savent que c'est une illusion. »²⁶⁷. Ne pas être de taille à affronter cette situation n'est pas inaudible, mais s'avère indicible ou presque, peut-être par peur de se montrer faillible auprès de ses

²⁶⁶ R.M. Rilke, *Op. cit.*, p.79.

²⁶⁷ J. Berger, J. Mohr, *Op. cit.*, p.126.

collègues. Comment aller trouver un relai alors même que le malade attend votre venue, votre parole ? La substituer par celle d'un autre, d'un collègue, qui viendrait annoncer à votre place, serait une double trahison : vis-à-vis du malade, mais aussi vis-à-vis de soi-même, car cela reviendrait à se défausser de sa charge, celle de sa profession, celle du malade, celle d'Homme. La rencontre est donc, en pareille configuration, tant vis-à-vis du malade que vis-à-vis de soi-même. Ces circonstances peuvent faire percevoir au médecin sa propre solitude car « *Nous sommes solitude.* »²⁶⁸. Solitude du médecin prenant connaissance du diagnostic, tel un préambule à celle du malade, soudain seul, mis à distance de tout repère, de l'espace familial. « *Sans nul doute serons-nous alors pris de vertige, car tous nos horizons familiers nous auront échappé ; plus rien ne sera proche, et le lointain reculera à l'infini.* »²⁶⁹.

De ces circonstances difficiles – porter le diagnostic grave, évoquer le *rapt* du temps - naît une forme d'apprentissage supplémentaire, celle de se confronter à ses propres réticences, peurs, angoisses, voire ses propres limites. « *Vous êtes (aussi) médecin et c'est à vous-même que vous devez vous confier.* »²⁷⁰. Se confier à soi-même ses incertitudes, voire ses errances, ne connaît pas d'échappatoire dans un service d'urgences, tant l'humain est brutalement exposé à la finitude potentielle. Etre face à l'autre, nous (re)met aussi face à nous même, lorsque les circonstances nous sollicitent dans notre humanité profonde et commune.

Certains diagnostics mettent en péril la vie du malade de façon immédiate ou imminente. La séquence est alors rythmée par l'urgence *vraie*, concrète, revêtant une cadence rapide, incontournable. La réaction ne doit pas être différée pour contrecarrer ce qui se joue.

Un monsieur d'une cinquantaine d'années est amené par le SAMU, vers quatre heures du matin. Initialement orienté pour une péricardite, il s'agit en fait d'un infarctus du myocarde en cours de constitution. L'urgentiste s'occupe du malade, de façon rapide.

²⁶⁸ R.M. Rilke, *Op. cit.*, p.77.

²⁶⁹ *Ibid.*, p.77.

²⁷⁰ *Ibid.*, p.82.

- Monsieur, vous êtes en train de faire un infarctus c'est-à-dire qu'une des artères irriguant votre cœur est en train de se boucher. Il faut faire vite. Je vais appeler le cardiologue pour sans doute aller à la coronarographie. La coronarographie consiste à aller voir les artères du cœur, et à déboucher celle qui est responsable de l'infarctus.

- Est-ce que je serai sorti à huit heures ? Parce que ma fille de 12 ans dort à la maison, et je ne voudrais pas qu'elle se réveille toute seule. Je dois l'emmener à l'école.

- Mais elle ne sait pas que vous êtes à l'hôpital ? demande l'urgentiste quelque peu effaré.

- Non je n'ai pas voulu la réveiller. Sa maman est décédée la semaine dernière. Je ne pensais pas que cela allait se passer comme ça.

Silence gêné des soignants. Le temps n'est pas, malgré « tout » au dialogue, mais à l'action. L'infirmière prélève un bilan biologique, pose une perfusion. Dans le même temps, l'urgentiste a décroché son téléphone, parle, raconte rapidement, précisément. Il raccroche le téléphone et reprend :

- C'est bien ce que je vous ai dit. Vous partez en salle de coronarographie. Cela va aller très vite.

Pose du défibrillateur, scope de transport, sac de réanimation. Une fois en salle de coronarographie, le monsieur insiste pour que l'urgentiste appelle sa fille afin de lui dire de ne pas s'inquiéter.

- Vous croyez que je vais m'en sortir ? interroge le monsieur

- Bien sûr. L'infarctus n'est pas étendu. Vous devriez quitter l'hôpital dans quelques jours. Mais qui va s'occuper de votre fille ? Vous n'avez personne à contacter ?

- Non...le décès de ma femme a été si brutal. Notre famille est en province. Ma sœur pourra monter je pense... Mais vous êtes sûr que je vais passer le cap ?

- Oui, je vous le répète, c'est un petit infarctus.

- Ah, bon... Vous avez vu le plafond ? J'ai du mal à vous croire quand je vois ça.

L'urgentiste lève les yeux, et aperçoit ce que seul le malade, allongé sur le brancard, pouvait voir, une énorme giclée de sang séché sur une longueur d'un mètre environ. L'urgentiste réaffirme que cela va bien se passer.

L'urgentiste appellera la petite fille. Celle-ci, calme, connaît le numéro de sa tante par cœur. L'assistante sociale du service s'occupera d'appeler la voisine pour qu'elle s'occupe de l'enfant jusqu'à l'arrivée de la tante.

Dans cette transcription, le diagnostic est initialement au premier plan car il appartient à l'*urgence vraie*, vitale, où il faut aller à l'essentiel et donc à la dimension thérapeutique des soins. Tergiverser serait une erreur préjudiciable. La rencontre est alors non pas annihilée, mais médiée par la place prise par la technique. En pareilles circonstances, l'aspect technique devient à la fois un véritable vecteur des soins, mais aussi de la rencontre. Le médecin connaît les procédures, les étapes indispensables. L'annonce est faite sans détour, et tout s'enchaîne. Toutefois, le contexte - une petite fille de 12 ans ayant perdu très récemment sa mère, et dont le père présente une urgence pouvant mettre en danger son pronostic vital - et l'acuité des échanges, remettent la technique à sa juste place, celle de support des soins, l'enjeu étant la vie. Dans cette transcription, le temps bascule au moins deux fois : la première lors de l'urgence médicale signifiée par le médecin au monsieur, et la seconde lors de l'explication par le monsieur de son contexte. L'urgence, les soins, prennent une ampleur humaine majeure, marquant la rencontre d'une identité plurielle : le monsieur, sa fille, mais aussi l'épouse et mère disparue. A ce titre, malgré toute règle grammaticale, l'ampleur humaine caractérisant celles de l'urgence, des soins, et de fait de la rencontre, pourrait être accordée au pluriel. La tension de la rencontre existe, non pas entre les interlocuteurs, mais au cœur du contexte : une *urgence vraie*, clinique, doublée d'une *urgence vraie* humaine liée à la petite fille.

Si ces deux exemples de rencontres, basées sur l'aspect diagnostique, sont distincts, ils ont en commun leur intensité et leur profonde sincérité. Il est, en pareille situation, impossible, et qui plus est impensable, de « *ruser avec son prochain* »²⁷¹. Le malade est de fait en position de demande, voire de faiblesse, sollicitant pleinement l'éthique du soignant, sa capacité à se relier à l'autre en souffrance. Le soignant doit se rendre accessible et ne peut faire usage de faux semblant. Qu'il s'agisse de l'annonce de la leucémie ou de l'infarctus du myocarde, alors que les deux rencontres peuvent apparaître dissemblables, le médecin est dans les deux cas dévolu au face-à-face, à l'autre. Lors de l'annonce de la leucémie, l'attitude médicale est prudente,

²⁷¹ E. Lévinas, *Totalité et infini*, Paris, Le Livre de Poche, Collection biblio essais, 1971, p.66.

respectueuse, progressive. Pour l'infarctus du myocarde, la posture est directe, voire directive. Nulle possibilité, dans un cas comme dans l'autre, de discourir faussement, de recourir à quelque artifice ou médiateur connexe, la responsabilité du médecin convoque la sincérité.

« *La sincérité me paraît l'expression de la vérité : la franchise, une sincérité sans voiles, la candeur une sincérité douce, l'ingénuité, une sincérité innocente, l'innocence une pureté sans tâche.* »²⁷². La franchise, bien que parfois réclamée par les malades - « *Allez, soyez franc, dites-moi la vérité.* » -, ne tient pas compte de l'autre. A l'inverse, la sincérité énonce la vérité en tentant de s'adapter au mieux aux réactions de la personne. La franchise consisterait à dire la vérité de façon brute, le diagnostic *sans voiles*, sans retenue, tandis que la sincérité s'adapte, telle une nuance de la franchise, sans trahison, ni travestissement tant de cette dite franchise, que de la vérité. Si la franchise était/est une couleur, elle serait primaire, la sincérité serait/est une couleur secondaire. L'annonce, moment d'humanité pure, est vérité, et la vérité tient dans l'annonce. La gravité impose cette sincérité, car il est impossible, et impensable, de composer avec le diagnostic, de le dissimuler et/ou de le modifier. La sincérité s'érige non seulement dans l'intersubjectivité, dans le rapport d'Homme à Homme, du même au même, mais aussi dans l'intra subjectivité c'est-à-dire à l'intérieur de chaque Homme.

Ainsi, est-il possible de distinguer deux formes de sincérité. La première sincérité est invisible, intérieure, intra-individuelle : lorsque le médecin sait et se doit d'aller le dire au malade. Ce temps est initialement vérité brute, mais donne lieu à la maturation de l'annonce convoquant la sincérité. La seconde sincérité est bien visible, extériorisée, interindividuelle, lors de l'annonce elle-même. Procédant de la *mêmeté*²⁷³, cette sincérité fait le lit de la rencontre. Chacune de ces sincérités est inféodée à la considération, à l'estime de la personne, malade, ramenant le médecin à sa propre estime. « *Je ne puis m'estimer moi-même sans estimer autrui comme moi-même. Comme moi-même signifie : toi aussi tu es capable de commencer quelque chose dans le monde, d'agir pour des raisons, de hiérarchiser tes préférences, d'estimer les buts*

²⁷² L. de Clapiers Vauvenargues, *Introduction à la connaissance de l'esprit humain*, III, XLV, Paris, chez Antoine Claude Briasson, 1768, p.114.

²⁷³ P. Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, *Op. cit.*, p.147.

de ton action et, ce faisant, de t'estimer toi-même comme je m'estime moi-même. »²⁷⁴.

Les caractéristiques de la personne, malade, suivent les mêmes aspirations que celles du soignant, raison pour laquelle l'estime se doit d'être inscrite dans la réciprocité. Chacun étant, à des degrés différents, ébranlé par la gravité de ce qui se joue, la sincérité évite la trahison de chacun des *Je*. Cette sincérité, d'autant plus importante qu'il n'existe aucun repère, aucune antériorité, entre le médecin et la personne, malade, est la marque d'une hétéronomie patente : le médecin est axé sur l'autre souffrant. Lors de l'annonce de l'infarctus du myocarde, le médecin est extrêmement direct et directif, car le temps est compté. Lors de l'annonce de la leucémie, le temps n'est pas le même, il existe une gradation jusqu'à aboutir au mot leucémie. Mais ces deux annonces, dont le rythme diffère, s'appuient l'une et l'autre sur la sincérité, véritable expression éthique.

2.3.3 Rencontre avec la misère ou le temps de l'impuissance

« Il y a des misères sur la terre qui saisissent le cœur... »

J. de la Bruyère, *Les caractères*, VI, 47.

Historiquement, la mission première de l'hôpital était d'accueillir les indigents, les miséreux. Le mot hôpital est emprunté au latin *hospitalis* signifiant littéralement « *la maison où l'on reçoit des hôtes* »²⁷⁵. Le premier hôpital, l'Hôtel-Dieu de Lyon dès 549, avait pour tâche, explicitement mentionnée dans la charte constitutive de l'établissement, « *le salut de l'âme* »²⁷⁶. En 1656, Mazarin, devant l'augmentation de la précarité, fait signer à Louis XIV, la création de l'hôpital général²⁷⁷, regroupant les sites de la Salpêtrière, Bicêtre, la Pitié, Scipion et la Savonnerie. Le but était de rassembler en un seul lieu les pauvres, errants et mendiants, situés le plus souvent aux portes des églises de Paris. Toutefois, la véritable mission de cet hôpital général reste floue et méconnue, les archives de l'administration des hôpitaux de Paris ayant disparu dans

²⁷⁴ *Ibid.*, p.226.

²⁷⁵ Le Robert, *Op. cit.*

²⁷⁶ F. Danet, *La médecine d'urgence. Vers de nouvelles formes de travail médical*. Ramonville Saint-Agne, Erès, collection Clinique du travail, 2008, p. 14.

²⁷⁷ Sainte Fare Garnot N., *L'hôpital général de Paris. Institution d'assistance, de police ou de soins ? Histoire, économie et société*, 1984, vol 3, numéro 4, p.535-542.

un incendie en 1871. S'agissait-il de sauver les mendiants ou était-ce une façon policière de sauvegarder l'ordre public²⁷⁸ ? La question demeure sans réponse.

Un des rares lieux où la misère peut être encore accueillie de nos jours sans distinction, sans aucun filtre préalable, à toute heure, demeure l'hôpital, et plus spécifiquement, le service des urgences. Aussi, nombre de personnes y sont amenées pour ce qu'il est convenu de nommer des *urgences sociales*, majoritairement synonymes de misère(s). Issu du terme latin *miser*, signifiant malheureux, son sens est, par extension, « *ce qui rend notre sort digne de pitié* »²⁷⁹. Se sentir concerné par la misère est difficilement évitable, pour autant laisser prise à la pitié peut être périlleux. Car la pitié est « [...] *un sentiment dangereux, à double tranchant [...]. Celui qui ne sait pas s'en servir doit y renoncer. C'est seulement au début que la pitié - comme la morphine - est un bienfait pour le malade, un remède, un calmant mais elle devient un poison mortel quand on ne sait pas la doser ou y mettre un frein.* »²⁸⁰. Si la pitié peut déclencher la sollicitude, et de fait, dans un service hospitalier, donner lieu à des gestes de secours, de soins, elle expose au risque de perdre toute objectivité soignante.

Car la misère s'avère rapidement une impasse en tant que telle pour les soignants. La misère, source de désordres physiopathologiques, peut engendrer des maladies, mais la misère n'est pas une entité pathologique à proprement parler. Aussi, le sentiment de dénuement chez le soignant peut-il être précoce, voire immédiat, si la personne n'a pas de motif clinique avéré de consultation. Apporter une réponse médicale à une situation synonyme de maladie appartient à la compétence. Mais trouver une réponse à la misère sans motif pathologique peut laisser sans voie. La confrontation à la misère, même si elle interroge et interpelle le mode de vie de chacun, peut être le temps de l'impuissance.

Cette sensation d'impuissance, pouvant atteindre l'intensité d'un sentiment, sollicite tant la responsabilité soignante que citoyenne, par l'entremise de la solidarité. Le fait d'être régulièrement spectateur de misères intenses, profondes, irrémédiables peut générer une souffrance palpable chez le soignant. Généralement, cette souffrance

²⁷⁸ Sainte Fare Garnot N., *L'hôpital général de Paris. Institution d'assistance, de police ou de soins ? Histoire, économie et société*, 1984, vol 3, numéro 4, p.535-542.

²⁷⁹ Le Robert, *Op. cit.*

²⁸⁰ S. Zweig, *Op. cit.*, p.255.

n'est pas énoncée et demeure le plus souvent à l'état de silence : « *Aussi vrai que ce soit, cependant, les souffrances dont certains médecins sont témoins peuvent constituer une épreuve plus dure qu'on ne l'admet communément.* »²⁸¹. Les solutions officielles à la misère sont temporaires, et semblent inadaptées, participant à cette sensation : être démuné. Pour exemple, les personnes sans domicile fixe représentent la grande majorité des urgences sociales, de cette misère visible ou non, devenue banale. La désocialisation de ces personnes est telle que leur seule aptitude, à plus ou moins long terme, semble être celle de leur unique « *aptitude à la rue* »²⁸² (par analogie et en référence à la sortie d'une chirurgie ambulatoire). En effet, leur souhait peut être d'avoir un hébergement temporaire, tout lieu fixe étant pour eux perçu comme un emprisonnement. Mais leur demande est surtout d'avoir un contact chaleureux, une considération les réhabilitant en tant que personne, être humain.

Les pompiers amènent aux Urgences un monsieur sans domicile fixe. L'odeur nauséabonde prévient de sa présence dans le service avant même d'avoir eu connaissance de son arrivée, de le localiser visuellement. Bien connu des soignants, il est ivre, comme à chacun de ses passages. Allongé sur un brancard, l'infirmière d'orientation et d'accueil prend à chaque fois les paramètres vitaux, et le « SDF » que tous appellent par son prénom, Karim, est examiné...plus tard...une fois les autres urgences gérées, après tout le monde. A chaque fois qu'il quitte le service, Karim raconte qu'il a un billet d'avion pour New York, et qu'il ne viendra plus pendant quelques semaines, faisant ses adieux à grands éclats de voix. A chaque passage, Karim peut se nourrir, prendre une douche. Il repart habillé « en propre et en neuf », selon sa propre expression bien qu'il s'agisse de vêtements usagés, collectés par l'assistante sociale. Karim est à chaque fois souriant, saluant chacun respectueusement, revenant semaine après semaine, depuis des années. Lorsque le temps entre deux de ses passages est un peu long, les soignants, inquiets, demandent si quelqu'un l'a vu récemment, s'il est passé, car son état se détériore peu à peu, inexorablement. Jusqu'au jour où, après une période d'absence plus longue, l'assistante sociale viendra annoncer que Karim a été retrouvé mort dans un wagon de train. Cette nouvelle affecte chaque membre de l'équipe informé par le bouche à oreille, ou par le petit mot de l'assistante sociale affiché en salle de détente. Longtemps, Karim fut évoqué deci, delà dans les

²⁸¹ J. Berger, J. Mohr, *Op. cit.*, p.110.

²⁸² Article D. 6124-101 du Code de Santé Publique.

conversations, toujours avec respect, et souvent avec tristesse. Comme si les soignants se sentaient responsables de n'avoir pu empêcher pareille fin.».

La misère de Karim était un tant soit peu *combattue* par le fait de pouvoir lui apporter quelque élément matériel (vêtements), ou alimentaire (repas pris sur place, ou aliments emportés). Parfois, certains soirs de garde, un soignant lui laissait son propre plateau repas, afin qu'il puisse avoir quelque chose à manger. Chaque passage était, pour ce monsieur SDF appelé par son prénom, synonyme de contact social, de dialogue, d'attention, autant d'éléments depuis longtemps relégués, perdus dans cette errance anonyme de la rue. Cette part d'humanité échangée, de solidarité est un soin, des soins, du soin. Jusqu'au jour où la mort est là, bien réelle, alors que jusqu'à présent, elle avait été déjouée malgré la dégradation progressive, tangible de l'état de ce monsieur, depuis toutes ces années.

La misère, les misères, rôdent en permanence aux Urgences. *Misère matérielle* de celui qui, sans revenus, s'est retrouvé à la rue et vit comme il peut, doublée de la *misère relationnelle* perdant tout repère d'humanité, avec parfois des comportements inadaptés. *Misère humaine* de celle qui, sans famille ni ami, ne parle plus à personne depuis des mois, pour ne pas dire des années, et qui est découverte par ses voisins préoccupés de ne pas la voir ouvrir les volets, seule, assise sur son fauteuil totalement déshydratée. *Misère intellectuelle* de celui qui n'a pas compris le traitement proposé, l'a refusé, et revient très malade, en situation périlleuse. *Misère sociale* de la femme battue, demandant à chaque passage un certificat de lésion à conserver dans son dossier, de peur que son compagnon ne le trouve au domicile. La découverte de ce document par le conjoint exposerait la femme, elle en est certaine, à des coups redoublés. *Misère affective* de la personne âgée, isolée, sans contact avec ses enfants depuis plusieurs années... Ces différents types de misère peuvent se conjuguer, se cumuler dans une spirale exponentielle majeure. Comment y répondre d'abord de façon adaptée, mais surtout pérenne ? Les soignants des services d'urgence suppléent, *tant bien que mal*, comme ils peuvent...

Les Urgences représentent un observatoire, voire un baromètre, de l'évolution sociétale de la misère, des misères, laquelle, lesquelles ne relèvent pas forcément de missions soignantes officielles. En effet, « *Dès qu'un nouveau problème social apparaît (femmes battues, enfants maltraités), les services d'urgences sont sollicités. Bref, ces*

services ont une fonction de déversoir en dernière instance pour des missions que la police, la justice ou les travailleurs sociaux ne veulent assumer. »²⁸³. Ces propos bien qu'accusateurs vis-à-vis de la police, de la justice ou des travailleurs sociaux, mettent en relief la position des services d'urgence, dernier maillon lorsque les acteurs, à vocation ou à cible sociale, de la chaîne défailent. Le terme de *déversoir* vient imaginer l'enchaînement des services exposés à la misère (*la police, la justice ou les travailleurs sociaux*), et dégrader le rôle, pourtant tangible, des Urgences. Ouverts sans discontinuité et prodiguant de surcroît des soins, y compris d'hygiène première, de nutrition, les services d'urgence doivent faire face, sans en avoir toujours les moyens. Faire face à la misère, accueillir la catégorie dite des exclus délaissés par la société, peu ou prou, ou qui ont d'eux-mêmes quitté « le système ». Pour autant, la connaissance par les urgentistes des démarches nécessaires pour constituer un dossier d'aide sociale, demander un logement est relativement limitée, voire nulle. « *Les individus aux problèmes mal définis échouent là [aux Urgences] avant d'être adressés aux autres institutions quand les gouvernements les considèrent comme inclassables. La multiplication des organismes d'assistance a contribué à orienter vers les urgences des cas ambigus par absence de destination adéquate ou parce que situés aux frontières de leur compétence.* »²⁸⁴. Les caractéristiques de ces personnes, assimilées aux *inclassables*, les positionnent à la frontière des soins car en besoin d'assistance, sans forcément avoir de pathologie authentifiée. Qui plus est, leur désocialisation les assimile d'abord à un problème, avant toute dimension sociale et/ou médicale. Sans doute cette orientation, souvent peu idoine, prend-elle part aussi au dévouement des soignants, à leur implication, car ils ne peuvent ignorer le fait que ces personnes sont jugées indésirables par nombre d'interlocuteurs, y compris hospitaliers.

Cette confrontation à la misère sollicite la responsabilité vis-à-vis d'autrui...non seulement la responsabilité soignante, mais aussi et surtout, la responsabilité éthique. « *Mais ce n'est pas la souffrance imaginée qui vous consterne et vous anéantit, c'est seulement celle que l'on a vue avec compassion de ses propres yeux, qui vous bouleverse.* »²⁸⁵. Relater une situation de misère, véritable situation de souffrance, ne transcrit que très partiellement l'exactitude de cette vision, de ce véritable choc. Le narrateur de *La pitié dangereuse* stigmatise ce choc par le fait d'avoir été « ...touché à

²⁸³ J. Peneff, *Les malades des urgences, Une forme de consommation médicale*, Op. cit., p.24.

²⁸⁴ *Ibid.*, p.24.

²⁸⁵ S. Zweig, *Op. cit.*, p.63.

un endroit du cœur proche de la conscience. »²⁸⁶. Ce lien entre cœur et conscience percute de fait notre position de soignant et surtout le sens de nos actes.

Lutter contre la misère et trouver des solutions pérennes n'est pas le rôle premier des soignants, mais le devoir d'aide est incontournable, absolu : « [...] *car, en pareille matière, tant que le possible n'est pas fait, le devoir n'est pas rempli.* »²⁸⁷. Ainsi, Victor Hugo s'adressait-il aux députés dans son discours contre la misère prononcé en 1849 à l'Assemblée Nationale. Faire tout son possible, du fait même des dimensions de devoir et de responsabilité, pour aider l'autre. Pourtant, l'irruption de la misère, seule, sans autre pathologie associée peut s'apparenter à un intrus dans un service hospitalier. Et quand une hospitalisation est nécessaire pour une personne en situation de misère sociale, la discussion peut être âpre pour l'obtention d'une place. Car cette dimension d'une médecine, dénommée sociale (sous-entendue/jugée peu gratifiante), heurte souvent la logique d'excellence et/ou entrepreneuriale de l'hôpital, selon les cas. Ces personnes ne présentent pas de pathologie *noble*, ne relèvent d'aucune spécialité, ne sont pas rentables selon l'expression consacrée...L'efficacité règne. Le malade représente, sur le plan administratif, un *séjour* qui doit être rapide et rentable. Une personne sans domicile fixe, sans famille, sans ressources, ni couverture sociale, peut rester de longs mois dans un service selon son état cognitif. La perspective d'un séjour long, sans issue éventuelle, donne un motif de refus à son admission dans les services d'hospitalisation, les Urgences accueillant sans distinction.

Au demeurant, ne pas admettre, au sens administratif, mais encore plus au sens (in)humain, de telles personnes pose question... Qu'est devenue l'hospitalité fondatrice de l'hôpital ? Comment penser sa posture de soignant en disqualifiant le miséreux qui pourtant nécessite des soins ou *simplement* de l'attention, et donc du soin ? Quel point d'ancrage existe-t-il entre les compétences de diagnostic aigu, *pur*, la technique rapide, ciblée et la misère ? Ce point d'ancrage est la conscience éthique, profonde de l'autre, pouvant faire cruellement défaut. Victor Hugo achevait ainsi son discours en 1849 : « ...*je dis que la société doit dépenser toute sa force, toute sa sollicitude, toute son intelligence, toute sa volonté, pour que de telles choses ne soient pas ! Je dis que de tels faits, dans un pays civilisé, engagent la conscience de la société tout entière ; que je m'en sens, moi qui parle, complice et solidaire, et que de tels faits ne sont pas*

²⁸⁶ *Ibid.*, p.64.

²⁸⁷ V. Hugo, *Détruire la misère*, Discours à l'Assemblée Nationale du 9 juillet 1849.

*seulement des torts envers l'homme, que ce sont des crimes envers Dieu ! Vous n'avez rien fait, j'insiste sur ce point, tant que l'ordre matériel raffermi n'a point pour base l'ordre moral consolidé ! »*²⁸⁸. Victor Hugo invoque le recours moral pour le relier à la matérialité et non l'inverse. Se soucier de la matérialité ne dédouane pas de sa conscience. Seule une conscience forte, absolue permet de s'inquiéter de la mise à l'abri des plus pauvres, et Victor Hugo de l'affirmer au présent (« *Vous n'avez rien fait tant que...*»). Ce présent était-il précurseur de la pérennité non pas de la misère, mais surtout de l'obligation morale toujours, hélas, impermanente à ce jour ? La notion d'engagement de la conscience où se joue l'inquiétude, est un élément qui guide les soignants au contact des gens démunis. Cette conscience n'est-elle pas celle fondatrice de l'éthique ? Ne pas secourir, notamment le plus démuné, n'est pas sans risque, « *Car on peut tout fuir, sauf sa conscience.* »²⁸⁹.

Aussi le temps de confrontation à la misère confère à cette rencontre une connotation temporelle a-spécifique, comme hors temps.

2.3.4 La dernière rencontre

« Comme le voyageur qui navigue entre les îles de l'Archipel voit la buée lumineuse se lever vers le soir, et découvre peu à peu la ligne du rivage, je commence à apercevoir le profil de ma mort. »

M. Yourcenar, *Mémoires d'Hadrien*, Paris, Gallimard, Folio, 2015, p.13.

«Personne ne restaurera tes années, personne ne te rendra une seconde fois à toi-même. Ton âge poursuivra son cours comme il a commencé, sans retour en arrière ni pause ; sans nul remue-ménage, sans rien pour signaler sa rapidité : il avancera en silence. Ni l'autorité d'un roi ni la faveur d'un peuple ne rallongeront sa course : selon l'élan du premier jour, elle glissera, sans jamais dévier, sans jamais ralentir. Que se passera-t-il ? Toi, tu es préoccupé, la vie court ; à un moment, la mort sera là, pour laquelle, que tu le veuilles ou non, il te faudra bien être disponible. »

Sénèque, *La brièveté de la vie*, Editions mille et une nuits, Janvier 1994, p.23-24.

²⁸⁸ *Ibid.*

²⁸⁹ S. Zweig, *Op. cit.*, p.381.

Les soins dispensés, indépendamment du lieu, ont pour objectif premier de guérir, ou de stabiliser une maladie. L'hôpital, caractérisé par « son odeur, sa propreté, ses regards déjà voilés de crêpe »²⁹⁰, peut être un lieu où l'inéluctable se produit, soit de façon inattendue, brutale, violente, soit de façon prévue telle l'issue de la vieillesse finissante, d'une maladie chronique. Ce lieu, dévolu aux soins, comporte donc à la fois la dimension de la guérison, c'est-à-dire de la réussite, et celle de la séparation définitive, synonyme, dans certains cas, d'échec. Les services d'urgence sont, comme nombre de services hospitaliers, témoins de ces polarités aux antipodes, sans frontière entre les deux, sans transition, hormis quelques mètres, quelques cloisons.

« Le monsieur est hémiplégique depuis quelques jours. La sœur a attendu, gardant son frère plusieurs jours au domicile malgré l'hémiplégie. Et puis, la situation est devenue trop difficile. Devant l'apparition de symptômes inquiétants, l'encombrement bronchique, la perte du contact visuel, « ils » sont venus à l'hôpital. La sœur pleure et dit qu'il ne faut pas faire grand-chose, qu'elle va le ramener dès ce soir à la maison. Après de longues minutes de discussion, la sœur raconte sa crainte de ne pouvoir payer les soins, car le monsieur ne bénéficie pas de droits sociaux en France. D'origine italienne, il est arrivé chez sa sœur au décès de leur maman, 14 ans auparavant sans qu'aucune démarche n'ait jamais été faite. Sans profession, il est d'un naturel heureux et participe à toutes les tâches domestiques. Sa trisomie 21 est « assumée, intégrée » par toute la famille (neveux, beau-frère, cousins, tous présents) et n'est pas verbalisée par la sœur qui dit simplement « c'est tout lui ». Il faut faire un scanner, la sœur refuse, pleure, s'inquiète. Comment va-t-elle pouvoir payer, et pourtant, elle voudrait des soins appropriés ? Il faut du temps à l'assistante sociale pour expliquer les solutions potentielles, pour convaincre, pour diminuer la peur de la famille de ne pouvoir assumer la charge financière de l'hospitalisation. Malgré cette crainte, ils sont d'accord avec le fait que des soins sont nécessaires. Alors, la sœur accepte les investigations et l'hospitalisation. Le scanner révèle un accident vasculaire cérébral sans doute ischémique avec hémorragie secondaire expliquant la dégradation clinique.

Le monsieur hospitalisé aux Urgences, va s'aggraver progressivement, et finalement, décéder entouré des siens. Quelques jours plus tard, la famille est

²⁹⁰ S. Chalandon, *Op. cit.*, p.85.

revenue remercier, apporter des fleurs, des marques de gratitude envers les soignants.».

Renvoyer cet homme à son domicile aurait été souscrire à la demande explicite, exprimée par la famille, pourtant venue à l'hôpital. Mais s'agissait-il de la demande réelle, véritable ? Le dire *a posteriori* est facile, mais, le dire d'emblée, sur le moment, aurait été fort présomptueux. L'urgence était de s'occuper du monsieur, d'établir un diagnostic formel, puis de l'accompagner, d'aider les siens, au mieux. Décision a été prise de le garder dans la zone d'hospitalisation des urgences. Le transférer dans un autre service aurait été trahir la confiance instaurée, la relation faite d'écoute et de calme, de temps surtout. Contradiction probable dans un service d'urgences, où le temps serait le métronome *fou* de tout ce qui a cours. L'injonction de la direction était pourtant claire, et avait été à de nombreuses reprises réitérée : « *ne pas garder les patients en fin de vie au-delà des 24 premières heures dans le service d'urgences.* ». Et ce pour des raisons financières... Cette recommandation quasi prescriptive avait été perçue par l'ensemble de l'équipe comme la négation relationnelle, le bafouement de leur compétence à accompagner les mourants, leur fonction temporaire dans le parcours de soins.

Pouvoir déjouer l'urgence quand elle n'est plus, savoir percevoir et composer avec le temps, et (surtout) éloigner, ignorer la demande administrative, appartient non seulement à l'autonomie mais aussi à l'expertise de chaque soignant. Comment souscrire à cette demande de la direction sans avoir le sentiment profond de ne pas être en accord avec sa mission soignante ? Lorsqu'il s'agit de la dernière rencontre, pourquoi être sciemment *inhospitalier* ? Le(s) soin(s) est (sont) à la fois dirigé(s) vers celui qui ne sera plus, et envers ceux qui l'ont connu, l'accompagnent, et l'assistent.

Appel du SAMU : « Nous avons pris en charge un jeune de 17 ans qui a fait un arrêt cardiaque en cours de sport alors qu'il s'apprêtait à jouer un coup franc. Il s'est écroulé, le prof a débuté le massage cardiaque, on a été appelé tout de suite. On n'a pas pu le récupérer, mais c'est dans une cité, cela risque de dégénérer, il nous faut un endroit pour amener le corps. Les parents n'ont pas pu être joints. Es-tu d'accord pour qu'il vienne chez toi ? ».

La discussion est assez brève, il faut accueillir ce jeune qui n'est plus. Les équipes sont prévenues des circonstances, craignent, et pour certains remettent en

cause, l'arrivée de ce défunt. De longues minutes, tendues, et le jeune homme « arrive ». L'entrée des pompiers dans le service est théâtrale, l'un d'entre eux à califourchon sur le corps masse la poitrine, deux autres poussent le brancard, les bips du scope sonnent. Les portes de la salle de déchocage s'ouvrent, le brancard rentre, le pompier interrompt le simulacre du massage cardiaque. Silence. Le médecin du SAMU explique, et l'urgentiste décide d'appeler de nouveau les parents pour tenter de leur parler. Aucun des portables n'est joignable. La maman est aide-soignante dans un hôpital voisin, information donnée par un jeune présent sur le lieu du décès à l'équipe du SAMU. L'urgentiste appelle cette structure, demande la direction des soins infirmiers, localise la maman, lui parle. L'urgentiste explique que son fils a fait un malaise grave en cours de sport, qu'il est à l'hôpital et qu'il faut venir. Le médecin du SAMU et l'urgentiste décident de faire une annonce conjointe lorsque la maman sera arrivée. Hors de question de ne pas être là, ensemble. La maman arrive, blême. D'emblée, elle demande si son fils est mort. Mise à l'écart dans une pièce contiguë à la salle de déchocage où se trouve son fils, l'histoire lui est dite retraçant le continuum. Le cours de sport...le coup franc...l'arrêt cardiaque, la réanimation immédiatement débutée par le professeur, secouriste...l'arrivée des secours... et l'absence de récupération d'un rythme cardiaque. La discussion sera calme, l'urgentiste lui dira après quelques minutes que son fils était déjà décédé lorsqu'elle a été contactée, mais que lui dire, alors, n'aurait rien changé si ce n'est la laisser seule avec ce drame. La maman n'en veut pas à l'urgentiste, dit qu'elle savait, qu'elle l'avait perçu, qu'elle comprend qu'on ne le lui ait pas dit. Le papa arrive une heure après, ayant écouté son répondeur. Il faut reprendre l'histoire, lui annoncer le décès.

Le temps s'étire...n'en finit pas...

Il faut aussi annoncer l'autopsie obligatoire, et donc le départ du corps à l'institut médico-légal. Les parents encaissent, abasourdis. Ils doivent partir voir leurs autres enfants pour leur dire, car ces derniers sont rentrés de l'école, et sont seuls à la maison. Même s'ils ne veulent pas assister au départ de leur enfant mort, ils refusent de le savoir seul jusqu'à ce moment-là. Alors les soignants promettent de rester à ses côtés, à tour de rôle.

Le lendemain matin, l'un des urgentistes dira : « Je n'arrête pas d'y penser. Je n'arrive pas à m'extraire de ce qui s'est passé. ». Une réunion aura lieu dans le service pour que chacun ait un espace pour énoncer l'indicible, s'il le souhaite, s'il y parvient.

Situation terrible, terrifiante : la mort, mais encore au-delà, la mort brutale de l'enfant sain. La mort est irréversible. Nul espoir, nulle alternative, aucune échappatoire. Aucune possibilité d'anticiper le drame. Mort implacable, vibrante, dramatique. Comment, alors que le corps est arrivé sans vie, parvenir à se positionner comme soignant de l'urgence ? Quel réconfort apporter aux vivants ? En pareille situation, la première rencontre est avec le corps du défunt et revêt finalement une forme de rencontre avec soi-même, avec ses propres réactions. Nulle technicité, seulement l'humanité, profonde, sans artifice. Le geste technique n'a pas lieu d'être, l'action retentissante n'a jamais été. Seulement...surtout...d'abord des gestes de respect vis-à-vis du corps, des attitudes d'accueil envers les parents...mais...pas de soins usuels, nulle intervention susceptible de modifier le cours des choses. Restent les regards, la parole, les gestes...essentiels. Car la rencontre est centrée autour de l'annonce, et non des moindres...la pire peut-être...Celle, indicible, de la perte de l'enfant. Sans que rien n'ait été décidé en dehors du dire ensemble, les « choses » se sont faites, d'elles-mêmes entre le médecin du SAMU et le médecin des Urgences. Cette présence conjointe a sans doute été salvatrice, ou du moins d'un grand secours, pour chacun des médecins, et des soignants. Chacun a eu la perception profonde d'avoir vécu une rencontre forte, marquée par sa gravité, laquelle a dessiné les contours de la mise en présence.

Les décès sont fréquents aux Urgences, et les soignants, conséquemment, souvent confrontés à ce qui correspond à une séparation pour les proches. Leur difficulté réside parfois dans l'espace de ce soin sans matérialité démonstrative : pas de perfusion, pas de prélèvement... Leur seule personne, leur seule humanité pour tout accueil, mais aussi pour seul rempart à l'angoisse que peuvent engendrer ces confrontations obligées. « *Que ressent-on à affronter, à tenter de comprendre et à espérer vaincre l'angoisse de tierces personnes cinq ou six fois par semaine ? Je ne parle pas de l'angoisse physique qu'on peut en général soulager en l'espace de quelques minutes. Je parle de l'angoisse à l'idée de la mort, de la perte, de la peur, de la solitude, du sentiment de futilité, d'être désespérément détaché de son corps.* »²⁹¹. Peu de soignants expriment ce qu'ils ont ressenti tant il est difficile d'exposer devant l'équipe les conséquences intimes de pareille situation. Parallèlement à cette angoisse

²⁹¹ J. Berger, J. Mohr, *Op. cit.*, p.111.

projective, peut coexister l'angoisse professionnelle d'avoir échoué si le décès intervient aux termes de manœuvres de réanimation. Le doute est alors l'hôte du temps quant à la conduite des gestes, des décisions, de la part éventuelle de responsabilité quant à cette mort. Était-elle évitable ? Et si oui, à quel prix ? Le questionnement, pour fertile qu'il soit, peut aussi devenir geôlier du soignant, l'enfermant dans la spirale, infernale, des doutes...de la responsabilité éventuelle.

2.4 De l'existence d'une autre dynamique

2.4.1 Analyse de la terminologie de la relation

La rencontre...

De nombreux auteurs, souvent médecins, parlent de relation soignant(-)soigné avec ou sans trait d'union. Ce libellé, souvent usité, interpelle à plusieurs titres : les mots eux-mêmes, leur ordre, la présence ou l'absence de trait d'union.

Les mots relation soignant(-)soigné : le soignant est celui qui prodigue des soins au soigné, qui, lui, les reçoit. Nulle interrogation et pourtant... Les deux termes soignant et soigné sont des participes, mais de temporalité distincte. Cette apposition grammaticale n'est pas choquante quant à son sens, mais elle incite à réfléchir sur la posture de chacun, induite par ces participes. Ce libellé souligne, en dehors du sens directionnel entre le dispensateur, le soignant, figure active, et le bénéficiaire, le soigné, de posture passive, une dimension temporelle supplémentaire : l'insertion dans le présent du soignant, la mise au passé pour le soigné. Pourtant, l'objectif commun des soins implique la volonté active des deux interlocuteurs, ce dont ne rend pas compte l'appellation soignant-soigné. Sauf situation exceptionnelle où la participation du soigné ne peut être obtenue (tels, par exemple, les cas d'inconscience, les délires aigus enfermant la personne dans une réalité différente de celle existante ou partagée, les malades déments ne percevant pas le besoin d'être soignés *et cætera...*), mais où, pourtant, les soins s'imposent, le soigné (se) doit participer, et donc être actif.

Dans les faits, le soignant s'implique au moins à deux titres : du fait même de sa profession, et du fait de sa responsabilité ontologique vis-à-vis d'autrui : « *La rencontre d'Autrui est d'emblée ma responsabilité pour lui.* »²⁹². D'emblée, sans possibilité dérogatoire pour le soignant, sauf à transmettre la mission à un autre soignant. Le soigné est (volontairement) impliqué par sa démarche de venir chercher des soins qu'il demande. A ce titre, l'appellation à *soigner* serait idoine car les soins sont à venir, le terme de soigné signifiant qu'ils ont déjà été exécutés, avant même d'avoir existé. Pourtant, si les participes mettent à distance, au moins virtuellement, les deux protagonistes, le temps du soin sera identique, *hic et nunc*. Car le soin ne peut être et ne doit pas être considéré, ne serait-ce qu'implicitement, comme un élément imposé à la personne, malade.

Etrangers l'un à l'autre, le soigné et le soignant, interfèrent dans la même temporalité. L'intention dans cette dénomination « *soignant(-)soigné* » n'est bien sûr pas d'induire ces distinctions grammaticales, mais celles-ci ne peuvent cependant pas être ignorées. Au contraire, en avoir pleinement conscience en tant que soignant, prémunit d'une sensation de domination sur l'être en demande de soins. Le soignant se doit d'être redevable de la confiance qui lui est faite, le plaçant ainsi dans une position à son tour passive, puisqu'il reçoit cette confiance, avant même de l'avoir générée, confirmée et méritée. Les circonstances de l'urgence induisent une forme d'obligation à donner sa confiance. Cette confiance - accepter de donner accès à sa corporéité, de recevoir des soins d'un inconnu, en un moment si particulier, l'urgence - procède non seulement d'une intention, mais bien plus d'une participation active. Les rôles sont en ce sens inversés, le soignant étant passif, car recevant la confiance, le soigné actif, faisant don de sa confiance.

L'ordre des mots « relation soignant(-)soigné » : le soigné après le soignant. L'implication du soignant légitime-t-elle sa position première dans l'expression « *relation soignant(-)soigné* » ? N'est-ce lié qu'à la fluidité de la formulation, la relation soigné-soignant étant moins facile à dire, car moins usitée ? Le soignant apparaît-il en premier pour insister sur le devoir d'aller vers celui à soigner ? Or, l'état de soigné ne peut être, avant d'avoir justement été soigné, lui conférant la position de second. La rigueur intellectuelle voudrait qu'il faille dire « *relation soignant-à soigner* ». Cependant,

²⁹² E. Lévinas, *Entre nous. Essais sur le penser-à-l'autre*, Paris, Le Livre de poche, Collection biblio essais, 1991, p.113.

la terminologie à *soigner* réifie la personne et semble la désincarner. Les temporalités des participes influent-elles sur ce libellé ? Le présent étant avant de devenir passé. Rien n'est moins sûr. L'usage en a voulu autrement, et à ce jour cette dénomination, *soignant-soigné*, a cours.

Le trait d'union entre le soignant et le soigné rend les deux mots indissociables, générant ainsi une expression quasi unique, devenue habituelle. Ce trait d'union participe (-t-il) aussi à symboliser le lien étroit, permettant à cette appellation soignant-soigné de devenir un mot composé à elle seule, une entité bicéphale (?). Quoi qu'il en soit, cette relation se construit, se compose. Du fait de la nécessité des soins liés à l'urgence, cette relation doit être, se doit d'exister, sans échappatoire possible ou presque. Inscrire ce trait d'union ne devrait avoir lieu qu'en ayant pleinement conscience de la nature de ce lien : fragile et pourtant capital, symbolique et malgré tout réel. Car l'union, certes temporaire, existe pourtant bel et bien, durant l'espace des soins. Est-il possible de voir dans ce trait d'union la dimension secrète qui unit le malade au médecin, comme évoqué par Georges Duhamel ? « [...] *mille choses restent secrètes entre le malade (illustre) et le médecin. (Non), je pense à ces mille découvertes faites par le médecin, dans l'ordre moral [...]. Enfin ces mille détails intimes qu'un médecin ne peut pas ne pas apercevoir, qu'un médecin doit absolument apercevoir, pour tout comprendre et pour sauver ce qui peut l'être.* »²⁹³. La position de médecin donne justement accès à la *nudité* et à l'*immédiateté*, citées par Marguerite Yourcenar dans *Les mémoires d'Hadrien*. La *nudité* appartient à l'intime, et conséquemment au secret du corps, voire à la conscience de ce corps. Et penser que les conditions de l'urgence, au premier rang desquelles le temps compté, n'autorisent pas cette accession à l'imperceptible de l'autre, à ce qu'il est convenu de nommer ses secrets, serait erreur. Au contraire, l'urgence exacerbe la dimension secrète, car elle y donne accès presque immédiatement, non sans discernement. Du fait même des circonstances, la personne se dévoile, physiquement et psychiquement.

D'autres libellés sont usités. Qu'en est-il du libellé « *médecin-malade* » plus employé que l'inverse ? La temporalité, plus ou moins perceptible, affleure au sein de cette expression. La profession est un état, dont la durée est longue. La maladie s'inscrit dans un laps de temps plus ou moins court, selon la durée d'évolution de

²⁹³ Duhamel G., *L'étatisme et les responsabilités de la médecine*, Revue des deux mondes, 15 mai 1934, p.280.

l'affection. Le conflit temporel est ici moins flagrant que dans l'expression soignant-soigné, mais existe pourtant bel et bien. Une nouvelle fois, la première figure de cette formule « *médecin-malade* » est dévolue au soignant, le médecin. Cette terminologie semble révoquer tout autre type de soignant, rendant ainsi exclusive la dimension relationnelle à la fonction médicale, ou tout du moins occultant la relation avec d'autres soignants. Cet ostracisme d'autres soignants serait-il lié à la réminiscence du « *colloque singulier* »²⁹⁴, propre au modèle classique de la consultation, décrit par Georges Duhamel en 1934 ? Quoi qu'il en soit, en milieu hospitalier, le soin est un maillage, la personne, malade, croisant nombre d'interlocuteurs, avec lesquels une relation existe. Le *colloque singulier*, sans doute moins solennel qu'en 1934, peut certes toujours avoir lieu, mais n'est pas la seule relation. A l'hôpital, dans un service d'urgences, sans infirmier(ère)s, aides-soignant(e)s, brancardiers, aucune concrétisation de la prescription émise par le médecin urgentiste ne serait envisageable. Chacun est indispensable dans cette chaîne humaine construisant le soin. L'intention de cette formule *médecin-malade* est-elle de souligner l'importance de la responsabilité d'Autrui, voire de la relation, en positionnant le *médecin* d'abord ?

Ne pourrait (devrait)-on pas délaissé ces différentes formulations, et leur préférer ne serait-ce que dans une première approche celle de « *rencontre soignante* » comme le propose notamment Alain Froment ? Cet auteur s'interroge du fait même de son double statut, à la fois de malade et de médecin. Alain Froment choisit cette formule « [...] *afin de bien marquer non seulement sa finalité, mais aussi l'efficacité soignante qui est propre à cette rencontre de l'homme-soigné - dans la souffrance - avec l'homme-soignant* »²⁹⁵. Cette « *rencontre soignante* » permet d'indiquer exclusivement le but de la mise en présence, sans l'alourdir des positions, voire des rôles de chacun, ni l'inscrire dans une temporalité distincte pour l'un et l'autre. De plus, la terminologie « *rencontre soignante* » ôte la dimension d'ascendance du soignant. Ce libellé écarte la connotation professionnelle, et neutralise ainsi un éventuel pouvoir, alors même que la dimension prévalente est celle du devoir, le devoir du soin.

Les personnes en présence sont avant tout des Hommes, et non des figures, voire des rôles définis par un statut figé tel un état - *malade, médecin* -. Avant d'être identifié

²⁹⁴ Duhamel G., *L'étatisme et les responsabilités de la médecine*, Revue des deux mondes, 15 mai 1934, p.280.

²⁹⁵ A. Froment, *Op. cit.*, p.17.

par sa profession ou par sa *faille*, chacun est Homme ; permanence commune, absolue, ontologique. La profession et la maladie sont des dimensions acquises, de nature distincte, qui différencient les deux personnes en présence, en induisant une sorte de rapport de force sous-jacent. Ne pas nommer le médecin - *rencontre soignante* - renvoie ce dernier à sa similitude avec autrui, dénoue la dimension de pouvoir sur celui/celle qui lui fait face, et induit une réflexivité relationnelle entre les deux personnes. Cette notion d'égalité rend le médecin d'autant plus responsable, respectueux vis-à-vis d'autrui. Sa propre identité d'Homme, « *identité-idem* »²⁹⁶ selon Paul Ricœur, est de fait questionnée par cette confrontation, ce rapprochement à cet Autre pourtant inconnu. « *Je ne puis m'estimer moi-même sans estimer autrui comme moi-même. Comme moi-même signifie : toi aussi tu es capable de commencer quelque chose dans le monde, d'agir pour des raisons, de hiérarchiser tes préférences, d'estimer les buts de ton action et, ce faisant, de t'estimer toi-même comme je m'estime moi-même. L'équivalence entre le « toi aussi » et le « comme moi-même » repose sur une confiance qu'on peut tenir pour une extension de l'attestation en vertu de laquelle je crois que je peux et que je vaux.* »²⁹⁷. L'équivalence est stigmatisée par le parallélisme parfait, à savoir l'idem volonté, liberté, analyse dont peut faire preuve chacun, indépendamment de sa position dans la relation. Si les capacités sont identiques, leur support est la confiance propre à l'un et valable de fait pour l'autre, du fait même de cette similarité. La gémellité nierait toute différence, et introduirait une parenté qui exclurait la rencontre.

Considérer l'autre comme soi-même est garant de respect, d'estime, et accroît la responsabilité du médecin. Parallèlement, la posture du médecin, le sachant (et non point le savant), est caduque, car la *rencontre soignante* est explicitement définie par sa finalité, et non plus par des fonctions absolues, immuables. Le terme de *sachant* pour nommer le médecin induit, à dessein, la dimension d'apprentissage permanent, alors que *savant* ôte, ou tout du moins efface, ne serait-ce que partiellement, l'évolution des connaissances, les enfermant, là aussi, dans une posture statufiée et non dans un devenir permanent. Dès lors, après avoir assimilé le fait que deux personnes, loin d'être identiques mais ayant des similitudes, étaient en présence, la dimension d'incertitude est autorisée et vient s'ajouter, voire ajouter, à la finalité du soin.

²⁹⁶ P. Ricœur, *Soi-même comme un autre*, Op. cit., p.140.

²⁹⁷ *Ibid.*, p.226.

Afin de poursuivre cette remise en cause non seulement de la terminologie, mais aussi et surtout, plus profondément, de l'implication essentielle de chacun au sein de la relation, ne devrait-on pas plutôt utiliser le libellé de « *dialectique soignante* » ? Pourquoi ce terme de *dialectique* ? Selon Anne-Marie Mol : « *Le soin n'est pas une transaction au cours de laquelle quelque chose est échangé (un produit contre un prix), mais une interaction dans laquelle l'action va, vient puis revient (aussi longtemps qu'il le faut).* »²⁹⁸. Le sens de *dialectique* est alors entendu comme cette interaction forte entre deux sujets, à savoir un mouvement de va et vient entre deux éléments, tel que l'un modifie l'autre, et inversement, dans un mouvement perpétuel. La dialectique impulse la notion d'échange(s) - de façon plus forte que le mot interaction - qui défini(ssen)t réellement et concrètement le soin, notamment dans l'urgence. Les échanges, explicites ou non, jalonnent en permanence le soin, et sont d'autant plus importants qu'existe l'urgence. L'échange est donc absolu. Le définir de façon directive soignant-soigné revient à le cloisonner, alors même que cette rencontre est source d'inconnu et donc d'enrichissement.

Cette formulation de *dialectique soignante* semble permettre d'éviter certains écueils, mais aussi d'englober l'ensemble des paramètres de la rencontre. Concernant les écueils, la dimension de *dialectique soignante* évite le sens figé et directif *soignant-soigné* ou *médecin-malade*, précédemment analysé. Chacun peut s'inscrire dans la dimension soignante, sans le poids d'une quelconque posture. Celui qui reçoit les soins et celui qui les dispense. Figé le sens directionnel est un contresens à la relation, puisque « *toute relation est réciprocité* »²⁹⁹. De fait, tant le malade que le soignant sont dans cette perspective des soins, et cette *dialectique soignante* n'induit pas d'éventuelle connotation active ou passive. Soigner est un processus et non un état, ce que souligne le terme *soignante*, renforcé par la dynamique dialectique. L'un comme l'autre, l'un et l'autre, l'un avec l'autre, voire l'un pour l'autre, sont générateurs des soins - au sens de créateurs - à part entière. Ces soins, dont l'issue est d'autant plus inconnue que la situation relève de l'urgence, constituent leur objectif unique, et commun. Une urgence absolue - mettant en jeu le pronostic vital - comporte une inconnue irréfragable : l'efficacité des soins prodigués, fussent-ils adaptés. Si la notion d'égalité entre l'un et l'autre ne peut être sous-entendue par cette appellation *dialectique soignante*, la dimension de dialectique ni ne l'affirme ni ne l'infirme, mais pose plutôt

²⁹⁸ A. Mol, *Op. cit.*, p.45.

²⁹⁹ M. Buber, *Op. cit.*, p.40.

les jalons d'une relation évolutive, basée sur la réciprocité et l'échange. L'ensemble des paramètres est contenu par le terme *soignante*, à savoir non seulement la personne, malade, mais aussi et surtout, l'ensemble des soignants. La figure médicale, *tutélaire*, ainsi n'efface pas les co-équipiers, les partenaires indispensables, sans lesquels les soins ne seraient que pure prescription, ou presque. De plus, le terme *soignante* convoque implicitement la maladie (pourtant non exprimée dans les formules citant les interlocuteurs).

Aucune des formulations - *relation soignant-soigné*, *relation médecin-malade*, *rencontre soignante* ou *dialectique soignante* - ne nomme la maladie pourtant partie constituante, pour ne pas dire centrale, à l'origine de cette rencontre. Maladie avérée ou potentielle, elle est la note permanente cristallisant toute relation de soin(s). Note incontournable aux Urgences, sans laquelle la venue de la personne, malade, ne serait pas appropriée. En nommant les interlocuteurs - *médecin*, *malade*, *soignant*, *soigné* -, la maladie est occultée, exclue ou tout du moins n'apparaît pas. Pire, la maladie résume la personne en la nommant uniquement comme malade. En indiquant *soignante*, l'objet direct, l'enjeu, est suscité en filigrane. Qui dit *soignante*, impose la nécessité de soins, et donc l'existence d'une maladie, de façon plus directe, qu'en utilisant les termes *soignant* et *soigné* qui sont des postulats. De plus, les sujets - le soignant, le soigné - disparaissant dans la *dialectique soignante*, la dimension égalitaire est convoquée. Car l'égalité doit être suscitée, instaurée, défendue par le *soignant*, afin de permettre « ...une rencontre d'homme à homme où disparaissent toute hiérarchie et toute notion de supériorité »³⁰⁰. Instaurer une quelconque hiérarchie est une attitude inadaptée qui nie l'autre ontologiquement, mais aussi dans son histoire personnelle. Générer, pour ne pas dire décréter, telle une règle absolue, l'égalité autorise un soin libéré de contingences déplacées, inopportunes.

En choisissant de ne pas nommer les interlocuteurs (*dialectique soignante*), l'espace relationnel est décloisonné ; les fonctions et les postures s'effaçant. Car la mise en présence avec autrui présuppose d'abord ce que Sartre évoque comme fondamental : « [...] *autrui*, en effet, c'est l'autre, c'est-à-dire le moi qui n'est pas moi »³⁰¹. Cette constatation, indépendamment de toute connotation existentialiste, comporte la dimension ontologique primordiale de la *mémeté* conceptualisée par Paul

³⁰⁰ A. Froment, *Rôle du patient dans la décision médicale*, Thérapie 1996 ;51 :283-86.

³⁰¹ J.P. Sartre, *L'être et le néant*, Op. cit., p.323.

Ricœur³⁰². Ce face-à-face avec autrui, un autre *moi qui n'est pas moi*, comporte la confrontation à l'autre et à la maladie, sollicitant la personne puis le soignant. L'image de l'autre, bien qu'étranger, est identique à celui qui soigne, du fait de son humanité, mais s'en distingue ne serait-ce que par la présence de la maladie. Or, la confrontation à la maladie ramène le soignant à sa propre vulnérabilité : vulnérabilité virtuelle ou potentielle en pareil contexte.

La rencontre se produit, a lieu entre personnes. Cette mise en présence constitue une source réelle de l'expérience des soignants. Expérience professionnelle et personnelle. Car après avoir intégré les rouages de l'exercice professionnel, la richesse de la rencontre, et donc de l'échange, est infini. Cette richesse relaie et alimente la dimension de dialectique spécifique de ce type de relation, au sens de lien. Enfin, le terme de dialectique porte la focale sur la dimension interindividuelle, éminemment éthique, de la mise en présence.

2.4.2 Déroulement temporel inféodé à la rencontre

Au sein d'un ballet souvent incessant de *patients*, ambulatoires ou amenés par les premiers secours, la personne se retrouve projetée dans un univers inconnu ou presque. Un univers sonore, rapide, très différent de tout autre service hospitalier.

La perception première n'est pas celle d'un contact accueillant au sens « *d'aimable, de bienveillant, d'hospitalier* »³⁰³..., mais plutôt d'une irruption dans un référentiel peu amène. Le préambule à l'entrée « physique », concrète, dans le service même, est l'inscription, à savoir la déclinaison factuelle de l'état civil. Une fois cette phase administrative effectuée, le malade bénéficie d'un *tri* assuré par une infirmière organisatrice de l'accueil. Vient ensuite le contact médical à proprement parler, avec un interlocuteur plus ou moins confirmé, un junior, à savoir un étudiant, externe ou interne, en cours d'apprentissage, ou un senior, cursus d'apprentissage achevé et thèse passée. A l'issue de l'examen clinique, des examens pourront être prescrits, biologiques et/ou radiologiques. Selon les résultats, les hypothèses, l'urgentiste pourra éventuellement solliciter un correspondant d'une autre spécialité pour avoir son *avis*.

³⁰² P. Ricœur, *Soi-même comme un autre*, Op. cit., p.140.

³⁰³ Le Robert, Op. cit.

Des temps d'attentes, des pauses, des suspensions, ponctuent, séparent, scindent le déroulement de la prise en charge, à l'issue de laquelle le sujet est déclaré indemne ou patient, malade potentiel, voire malade.

L'ensemble de ces étapes constitue la ligne générale de la consultation aux Urgences, étapes au cours desquelles la personne sera sujet des soins, au milieu d'autres personnes en situation identique à la sienne.

2.4.2.1 Le temps « administratif »

La phase d'inscription est une étape singulière. La maladie, les symptômes, la plainte sont relégués voire ajournés. L'identification nominative prime, sauf urgence absolue. Afin de constituer un *dossier*, certains documents sont demandés : pièce d'identité, carte vitale, carte de mutuelle le cas échéant, voire un justificatif de domicile de moins de trois mois comme le stipule la cellule d'identito-vigilance³⁰⁴. Qui pense à se munir d'un justificatif de domicile en cas d'urgence ? Cette prérogative administrative, certes fondée sur la vérification de l'identité, n'est pas adaptée au contexte de l'urgence. En cas de situation médicale ne permettant pas d'obtenir l'identité de la personne (inconscience ou incapacité à décliner son identité), une identité provisoire sera créée ; la priorité étant toujours donnée à la nécessité des soins. Des copies des documents communiqués sont faites ainsi qu'une *lecture* de la carte vitale afin de s'assurer que la personne a *des droits*. L'usage a voulu que l'expression complète « *avoir droit au remboursement des frais médicaux* » ne soit pas retenue, la simplification étant « *avoir des droits* » sans évocation explicite de la couverture sociale. Si cette expression est passée dans le langage courant, elle semble distinguer les personnes de façon peu adaptée, car tout citoyen a des droits, mais tous n'ont pas *droit au remboursement des frais médicaux*.

Sans remettre en cause le bienfondé de ces requêtes administratives, elles retardent, et parfois même, déplacent les soins. Sorte de rempart quasi incontournable, ces demandes n'appartiennent pas au domaine soignant, ou alors, à celui des *soins administratifs*. Pourtant, l'inscription est le plus souvent effectuée par un soignant afin

³⁰⁴ ARS Ile de France, *Charte régionale d'identification du patient*, Version 2.6, Mars 2015.

de pouvoir non seulement repérer une *urgence vraie* - au sens vital, fonctionnel ou psychiatrique -, mais surtout de réagir en cas d'urgence avérée : être soignant sans être totalement accaparé par les soins, mais être aussi capable d'alerter d'autres soignants, voire de prodiguer les premiers soins...*au cas où*. Réduction, relégation, ambiguïté de la fonction soignante à une sorte de virtualité...*au cas où*. Segmentation, fragmentation flagrante des tâches dès l'arrivée dans le service. Ces éléments administratifs sont indispensables, mais il est licite de s'interroger sur leur place au sein de la filière des soins...d'abord s'inscrire, c'est-à-dire *exister* au sein du service, avant toute prise en charge adaptée.

Attendre de s'être inscrit, puis patienter sans savoir vraiment ce qui va advenir...zone d'attente, vaste, où d'autres personnes malades attendent également. Depuis combien de temps ? Impossible de le savoir. Quel est l'ordre ? Est-il logique, par ordre d'arrivée, ou répond-il à un autre paramètre ? Comment le savoir...? Les patients attendent et finissent par comprendre que l'appel peut être lié à l'horaire d'arrivée, puis bousculé lorsqu'un patient est prioritaire. Malgré la compréhension du schéma de passage, il arrive parfois que l'attente semble trop longue, souvent en période d'affluence, pouvant alors générer quelques tensions, de l'impatience, voire de l'énervement.

2.4.2.2 *Le temps « d'accueil infirmier »*

La personne rencontre ensuite une infirmière dont le rôle est de réaliser le triage afin « *d'optimiser les délais et les circuits de prise en charge* »³⁰⁵. La fonction de cette infirmière est résumée par un acronyme : I.A.O., Infirmière d'Accueil et d'Orientation entre 1990 et 1995, puis de 1995 à 2004, I.O.A. Infirmière d'Orientation et d'Accueil devenue depuis 2004, Infirmière Organisatrice de l'Accueil³⁰⁶. Trois lettres, toujours identiques, dans un ordre variable selon l'évolution de la réflexion et des pratiques, la première étant la qualification de la personne assurant ce poste, les deux autres englobant la notion d'accueil et de gestion des flux, qu'il s'agisse de l'orientation ou de l'organisation. Un acronyme permet-il d'être intelligible par le non initié, de surcroît accaparé par sa venue aux Urgences ? Pourtant, c'est bien ce registre abrégatif

³⁰⁵ S.F.M.U., *Le triage en structure des urgences, Recommandations formalisées d'experts*, 2013, p.1.

³⁰⁶ S.F.M.U., *Référentiel Infirmière Organisatrice de l'Accueil*, 2004 : 48 pages.

(expéditif ?) qui « accueille » le sujet. Non que cela ne lui soit destiné, mais il arrive fréquemment qu'il l'entende dire entre les membres de l'équipe : « *Je suis I.O.A. aujourd'hui.* ». voire même : « *Vous allez voir l'I.O.A.* ».

Poste ingrat, soumis à une cadence soutenue, la réalisation d'un tri constitue indiscutablement un gain important en termes de délai et de pertinence dans la prise en charge. Car l'infirmière organisatrice de l'accueil repère, détecte les malades réellement urgents. Elle priorise les soins au cas où cela aurait échappé à l'agent d'accueil ou selon un paramètre clinique révélant une quelconque gravité. Un référentiel spécifique sert de guide à ce poste. Les missions de cette fonction, située à l'avant du service, telle une figure de proue, sont « *d'accueillir de façon personnalisée le patient et ses accompagnants à leur arrivée, définir les priorités de soins en fonction des besoins exprimés et/ou constatés, et, en fonction de ces derniers, décider du lieu de soins adapté.* »³⁰⁷. L'accueil est défini comme la réalisation d'un « *soin relationnel infirmier auprès du patient, afin de lui permettre de comprendre et d'accepter le soin dans les meilleures conditions : gestion du stress, information, écoute, installation, confort, prise en charge de la douleur.* »³⁰⁸. L'idée motrice est de pouvoir, en un temps court, déterminer le niveau et le lieu des soins à entreprendre pour chaque malade.

Le descriptif de ce poste est ambitieux, la pratique plus contrainte. En effet, le rythme est soutenu car directement lié au nombre d'arrivées, et la dimension d'*un accueil personnalisé et relationnel* est « noyé » sous la pression de ne pas passer à côté de malades potentiellement à risques de défaillance alors qu'ils sont en attente. Afin d'évaluer la situation clinique et de repérer une éventuelle gravité, des scores validés furent proposés et sont devenus à ce jour obligatoires³⁰⁹. Cet(te) infirmier(ère) référent(e), sorte de chef d'orchestre, doit en plus de l'évaluation et de l'orientation, opérer un travail de communication important auprès des consultants et de leurs proches. En effet, il (elle) doit expliquer sommairement l'organisation des soins, le délai et les raisons de l'attente, l'avancée des examens auprès des accompagnants. L'ambition est louable, l'exercice plus pragmatique.

³⁰⁷ S.F.M.U., *Référentiel Infirmière Organisatrice de l'Accueil*, 2004, p.8-9.

³⁰⁸ S.F.M.U., *Référentiel Infirmière Organisatrice de l'Accueil*, 2004, p.8.

³⁰⁹ S.F.M.U., *Le triage en structure des urgences, Recommandations formalisées d'experts*, 2013.

En effet, les auteurs du référentiel de ce poste ne sont pas dupes quant à la lourdeur de la tâche, et ont indiqué que certains pans de cette activité pouvaient poser problème, dont l' « *accueil personnalisé du patient et de ses accompagnants, tri efficace, gestion de l'attente, prise en charge holistique, protection du professionnel de santé* »³¹⁰. Le profil complet de ce poste est ambitieux, et empreint de bienveillance. Cependant, les possibilités d'action de cet(te) infirmier(ère) considéré(e) comme référent(e) ne sont pas extensibles à l'envi. En pratique, l'infirmier(ère) à qui il est demandé d'être performant(e) fait de son mieux, en fonction des flux. Du fait de la pénibilité (officiellement reconnue) de ces charges multiples, le remplacement est jugé nécessaire, dès que l'infirmier(ère) en émet la demande³¹¹. Là encore, les effectifs ne permettent pas toujours ce remplacement. Certain(e)s infirmier(ère)s refusent d'ailleurs d'assurer ce poste. Qui pourrait leur en vouloir, les blâmer ?...Personne, tant la difficulté est manifeste, flagrante. Pour autant, il n'est nullement question de remettre en cause le bienfondé de cette fonction, dont la mise en place a apporté un gain considérable dans l'organisation des services d'urgence.

Le malade est mis en attente par l'infirmière organisatrice de l'accueil...puis installé dans une salle d'examen selon un délai dépendant du niveau de tri. Appelée « box » ou « cabine », pièce où certains éléments de technicité sont apparents dont le plus évident est le scope. Et puis, parfois, un ordinateur dont la localisation et l'orientation ne permettent pas toujours de rester en contact visuel avec le patient. Mais, il faut attendre l'arrivée du médecin...

2.4.2.3 Le temps « médical »

Une personne portant un habit professionnel, spécifique, entre dans la pièce, le plus souvent rapidement, l'air déterminé. Si l'habit semble commun à chaque membre de l'équipe (blouse blanche ou plus généralement tenue de service reconnaissable par sa couleur), il existe souvent quelques signes distinctifs ou marques de personnalisation. Un badge en bois ne comportant que le prénom, souvent préféré au badge officiel mentionnant le patronyme...une montre accrochée, suspendue, que le soignant, seul, peut regarder...des stylos plus ou moins voyants...le stéthoscope

³¹⁰ S.F.M.U., *Référentiel infirmière organisatrice de l'accueil*, 2004, p.4.

³¹¹ S.F.M.U., *Référentiel infirmière organisatrice de l'accueil*, 2004, p.9.

autour du cou, ou dans la poche... autant d'indices, de codes vestimentaires loin d'être banals ou anecdotiques. L'attirail et sa disposition participent à la scénographie. « *Dans un univers aussi stratifié, le port de la blouse différencie catégories et individus en offrant une gamme d'indicateurs subtils de position et de statut. Par exemple, le choix de la taille, de la coupe ne sont pas anodins mais ce sont surtout les manches, le col, le boutonnage qui marquent à la fois la position hiérarchique et les penchants à l'élégance.* »³¹². Visuellement, l'habit participe sans nul doute à l'annonce de la fonction.

Ce temps médical comporte deux parties menées soit l'une après l'autre, soit de façon conjointe : le temps de la parole et le temps physique.

Le temps de la parole ou *temps narratif* : « *Bonjour, je suis ...* ». Au mieux, le soignant déclinera son identité, provoquant l'étonnement et/ou l'incompréhension. « *Je n'ai pas compris ce que vous venez de dire* » interroge la personne. « *Je me suis juste présenté* » répond l'urgentiste. Et de redire son nom et son prénom assortis de sa fonction. Le plus souvent, la fonction seule est énoncée : « *Je suis...* » le médecin, l'interne, l'étudiant en 3^{ème} année. Les étudiants, internes ou externes, aux traits juvéniles, auront plus facilement tendance à dire leur grade que leur nom de famille, le prénom sera parfois balbutié ou au contraire prononcé sans réticence. Le grade énoncé semble excuser leur inexpérience et à la fois légitimer leur présence. Ce grade vient disculper l'aptitude relative, le manque d'assurance, le doute perceptible. L'assurance s'étoffe graduellement, avec la mise à l'épreuve, la confrontation, constituant progressivement l'expérience. Roger Martin du Gard oppose ainsi le jeune médecin à celui d'expérience en ces termes : « *[...] la jeunesse en face de la maturité, l'audace, le goût du risque, en face de la prudence.* »³¹³. Le passage de l'*audace*, du *goût du risque* à la *maturité* et la *prudence* s'échafaude au fur et à mesure de l'exercice, et à la faveur de confrontations avec des circonstances déstabilisantes. « *Car rien ne renforce autant l'assurance, rien ne contribue mieux à former le caractère chez quelqu'un de jeune, que de se voir soudain confronté à une mission qui repose sur sa seule initiative, sur sa seule énergie.* »³¹⁴. Le médecin expérimenté se présentera plus aisément, ou donnera seulement sa fonction plus que son grade, le plus souvent méconnu du public. Que signifie *praticien hospitalier contractuel* ou *praticien attaché* quand on est installé

³¹² J. Peneff, *L'hôpital en urgence*, Op. cit., p.39.

³¹³ R. Martin du Gard, *Les Thibault, La consultation*, Tome II, Paris, Gallimard, Folio, 1984, p.26.

³¹⁴ S. Zweig, Op. cit., p.121.

sur un brancard à attendre ? Pas grand-chose. Le grade n'a guère d'importance, et pourrait même desservir celui qui l'annonce. La couleur du badge peut être un repère pour les personnes quelque peu aguerries au monde hospitalier. Certains malades auront longtemps les yeux rivés sur cette plaquette accrochée à la blouse, ou à la tenue, cherchant à savoir qui est l'interlocuteur, son patronyme. Avoir le nom de l'interlocuteur médical permet-il d'avoir la sensation de maîtriser un peu la tourmente ou d'avoir un repère, un semblant d'emprise ? Connaître le nom du soignant le (re)place en tant que personne, et non uniquement comme une figure, une fonction professionnelle. Tourbillon de lieux, de visages, de questions. Savoir qui s'occupe de soi est-ce ne pas subir totalement ? Est-ce finalement ne pas être considéré soi-même comme une personne ? Quoi qu'il en soit, connaître le nom du médecin n'est pas un élément négligeable.

Le « *Bonjour* » est audible, mais la main n'est pas tendue, tout du moins pas par les plus jeunes, les moins expérimentés. Ce rite social de la poignée de main, symbole d'un mode et d'un code formels de salutation, n'a presque pas cours au sein des services d'urgences. Peu de soignants s'attachent à ce rituel, à ce premier contact physique introductif, mais ces mêmes soignants, notamment médecins, pourront y avoir recours lors de la sortie de la personne.

Ainsi, certains usages sociaux semblent-ils extérieurs et sont-ils délaissés dans ce monde à part...un monde en dehors *du dehors*, et au-dedans *d'un dedans* très particulier, un monde spécifique, singulier, bien que public : l'hôpital. La topographie des lieux est connue du soignant, mais pas de l'étranger. Univers compliqué dont la lecture n'est pas aisée pour celui qui n'y est pas habitué, la personne, malade, venant accroître son stress du malade. Univers constitué de codes auxquels la personne, malade, assiste sans (chercher à) comprendre, car en attente de soins. Les circonstances de l'urgence expliquent-elles, à elles seules, l'absence de repère commun ou partagé, la négligence, le délaissement de l'usage social tel la poignée de main ? La réponse est incertaine. La parole n'est pas accompagnée d'un geste, symbole d'un mode conventionnel de salutation. Si ce mode n'est pas jugé approprié aux circonstances, il est rarement remplacé par un autre geste, ou alors surgit parfois un simple hochement de tête léger, et de surcroît, furtif. Seule la parole signifie le salut.

Si la main ne se tend pas, le regard appartient à la rencontre, au premier contact, et de fait à l'action. Dans *Les Thibault*, Antoine, médecin, échange ce premier regard après avoir trouvé deux enfants en train de l'attendre dans le hall de l'immeuble où il habite. Il a déjà échangé quelques mots avec eux, venus chercher des soins pour l'un d'entre eux. Mais la rencontre débute vraiment lors du regard : « // [Antoine, médecin] plante son regard dans le regard troublé de l'enfant : l'étincelle d'un contact, une confiance qui semble hésiter, puis jaillir vers lui. »³¹⁵. Le regard est donc ici décrit comme « l'étincelle d'un contact », cette première accroche tangible avec la personne, malade, donnant naissance à la confiance, ou tout du moins permettant à celle-ci d'émerger. Un peu plus tard, dans cette partie du roman, « *La consultation* », l'évocation du regard est à nouveau convoquée : « *Les yeux d'Antoine rencontrèrent ceux d'Huguette, vaguement interrogateurs, et il ne put retenir un petit éclair de connivence.* »³¹⁶. Le regard est un élément capital que Roger Martin du Gard associe comme caractéristique descriptive de certains de ses personnages dont Antoine, mais aussi le Dr Philip au « *regard incisif et impertinent* »³¹⁷. Cette expression, même romanesque dans cet exemple, est intéressante à associer à ce moment précis de la mise en présence, et caractérise le véritable début de la rencontre, tel un détonateur. Le regard correspond au moment où la personne soignante et la personne, malade, sont vraiment en présence, où l'attention est réelle de l'un envers l'autre, le plus souvent de façon réciproque, car ce contact visuel sollicite, convoque l'attention de chacun. Le regard peut grandement participer à la consultation, tel un support supplémentaire, incisif. Au sein du face-à-face, regarder l'autre est un moment crucial, procédant de la considération, du respect, d'un langage autre que verbal. Car le visage parle selon Emmanuel Lévinas. « *Le visage parle. Il parle, en ceci que c'est lui qui rend possible et commande tout discours. J'ai refusé [tout à l'heure] la notion de vision pour décrire la relation authentique avec autrui ; c'est le discours et plus exactement, la réponse ou responsabilité, qui est cette relation authentique.* »³¹⁸. Si Emmanuel Lévinas positionne le discours comme responsable de *la relation authentique*, le visage participe au discours, le commande, le regard en étant constitutif.

³¹⁵ R. Martin du Gard, *Les Thibault*, *Op. cit.*, p.14.

³¹⁶ *Ibid.*, p.45.

³¹⁷ *Ibid.*, p.28.

³¹⁸ E. Lévinas, *Ethique et infini*, Paris, Le Livre de Poche, Collection biblio essais, 2014, p.82.

Et puis vient l'entrée en matière, le plus souvent de façon directe : « *Dites-moi pourquoi vous venez ?* » ou « *Qu'est-ce qui vous arrive ?* », « *Racontez moi ce qui se passe* », « *Je vous écoute.* ». Autant de locutions rapides, ciblées permettant à celui venu consulter de dire. Mots échangés pour déterminer ce qui se passe, ou a eu lieu. Questions dirigées voire dirigistes de la part du médecin, pour traquer les informations nécessaires, immédiatement. Déterminer très vite, le plus souvent en quelques minutes, voire moins s'il s'agit d'une urgence vraie, la séquence des événements. Ecouter les symptômes, les faire préciser et rechercher s'il existe des signes de gravité. Caractériser, par exemple, la douleur thoracique afin d'adopter l'attitude adéquate. Savoir ainsi s'il s'agit d'un infarctus, d'un angor ou d'une douleur atypique. Aux symptômes est associée une orientation, puis des hypothèses diagnostiques et/ou des degrés de gravité, des attitudes pratiques immédiates ou, au contraire, une prise en charge plus longue.

Agir vite ou avoir du temps, sans toutefois par trop différer l'agir. Le rythme de l'action, mais aussi du phrasé, sont dépendants, pour partie, de la recherche de la gravité, et pour une autre partie du flux. Si le nombre de personnes présentes est peu important et que les arrivées sont espacées les unes des autres, les soignants prendront plus de temps avec chacun, chacune. La diction pourra être moins dirigiste et le ton plus doux. Mais les questions restent ciblées, les réponses parfois écourtées. La personne raconte, le médecin cherche, pour ne pas dire traque tant il est à l'affût. Affût plus ou moins exacerbé selon les configurations. Tant et si bien que pour la personne, malade, la perte de repères, mais aussi de sens, est totale : « *Finalemnt avec toutes vos questions, je ne sais plus comment ça s'est passé...* » dira la vieille dame un peu déboussolée. Cet *interrogatoire* sera parfois mené à plusieurs reprises : par l'externe, puis par l'interne venu à la demande de l'externe, et, en dernier lieu, par le senior, *le chef*, supervisant l'ensemble des prises en charge. Et ce à des temps différents : la personne sera interrogée puis déshabillée et examinée, puis de nouveau interrogée, examinée, ne serait-ce que rapidement, comme un recommencement, une redite. Comment comprendre autant de fois les mêmes questions posées ? « *Mais on m'a déjà demandé tout ça, on ne vous a rien dit ?* » finit par dire le monsieur, fort patient, qui attend depuis deux heures. « *Vous ne vous êtes pas concertés entre vous ?* » « *L'autre personne ne vous a rien dit ?* » « *Il faut vraiment que je recommence depuis*

le début ? ». Selon la sagesse du peuple, « *Faire et défaire c'est toujours travailler* »³¹⁹, mais les soignants savent surtout que la répétition cherche à obtenir des éléments oubliés par les personnes, malades, et que le détail occulté pourra permettre d'aboutir à la résolution de l'énigme. Sauf que cette spécificité de recherche quasi-détective, la personne, malade, elle, l'ignore...

Puis vient, après le *temps narratif*, le temps de l'examen clinique à proprement parler, le *temps physique*.

Si la poignée de main n'a pas inauguré la rencontre, ou si depuis le début de la parole la main soignante n'a pas touché la personne, malade, l'examen clinique constitue le premier contact physique, le contact avec l'intime. « *Nous lui donnons accès à notre corps. En dehors du médecin, nous n'accordons volontairement cet accès qu'à des amants et nombreux sont ceux qui craignent même de le faire.* »³²⁰. Ce *temps physique* est précédé d'un autre moment physique, celui du déshabillage que la personne, malade, réalise seul, ou avec l'aide d'une ou plusieurs tierces personnes. Afin qu'elle ne reste pas dénudée, une blouse de l'hôpital lui est donnée, sorte d'anonymisation, toutes les blouses étant identiques. Dès lors, la personne porte une caractéristique visible de son motif de venue, signe d'intégration forcée à un ensemble, véritable passage d'une frontière. « *La coupe de ces blouses était inexistante : elles étaient toutes suffisamment amples pour que n'importe quelle grosse femme puisse s'en envelopper et les manches pendaient comme de gros tuyaux informes. [...] Accablée par la maladie, rendue misérable dans cette blouse...* »³²¹. Ainsi, la personne devient-elle distincte, différente de son apparence usuelle du fait de la perte de ses propres vêtements et du port d'une blouse. Cette blouse est plus ou moins agréable à porter selon sa composition, au mieux en coton, sinon en non tissé ; l'opacité relative de cette matière laissant généralement transparaître le corps... Symboliquement, la connotation est forte : non seulement la personne abandonne ses propres habits, mais elle porte une tenue identique à celle des personnes en attente de soins, intégrant ainsi un groupe, celui des malades, devenant alors indistincte et indifférenciée au sein de ce groupe. La personne est ainsi prête à être examinée. Son consentement n'est d'ailleurs pas toujours requis pour que le médecin se penche sur

³¹⁹ J. Valmy-Baysse, *La curieuse aventure des boulevards extérieurs*, Paris, Albin-Michel, 1950, p. 243.

³²⁰ J. Berger, J. Mohr, *Op. cit.*, p.62.

³²¹ A. Soljétnystine, *Op. cit.*, p.70.

son corps...Tout juste une phrase introductive « *Je vais vous examiner* », parfois interrogative à la recherche de l'assentiment « *Puis je vous examiner ?* », sinon la main se pose sans autorisation sur ce corps.

Etre en présence d'un corps à examiner, c'est-à-dire avoir à inspecter, palper, percuter, ausculter...temps successifs constitués de gestes appris, définissant l'examen clinique, gestes choisis, dont certains n'auront pas cours s'ils ne sont pas nécessaires. L'examen clinique se focalise sur les points principaux cernés par l'anamnèse initiale, *l'interrogatoire*. Une fois encore, le but est à la recherche rapide de critères de gravité, obligeant à des investigations et/ou thérapeutiques immédiates. L'examen clinique se fait à mains nues le plus souvent ; le port des gants n'étant pas systématique. Contact avec l'intime d'un corps étranger, dans l'unique but de déceler les signes révélateurs de la maladie. Autant le contact de la poignée de main est rare, peu usité, autant le toucher direct du corps n'est pas occulté ou relégué, pouvant même être parfois perçu comme brutal.

L'issue de l'examen clinique ne donne pas toujours lieu à la transmission d'informations au malade. « *Bon, on va faire un bilan et une radio.* », « *L'infirmière va venir faire le bilan. Cela permettra de savoir ce qu'il en est.* ». Le médecin sort, rapidement. Le consentement aux examens à venir semble acquis en l'absence d'opposition explicite, sans demande systématique. Une fois encore, l'urgence impose son rythme, gomme certains contours, efface des étapes, bouscule les codes sociaux. S'agit-il d'autres codes spécifiques ? Si tel est le cas, la personne, malade, les ignore. Connaît-elle la cadence, les cadences, de l'urgence ? Tout du moins, en subit-elle les phases successives, sans forcément exprimer la moindre revendication, interrogation, et encore moins une once d'opposition. Le déroulé est à la fois imposé et accepté par la nécessité de recevoir des soins. Il reste une discussion abrégée, saccadée, d'autant plus sibylline qu'elle est entrecoupée par les examens à obtenir, à passer, à analyser.

*...Et la personne attend... Elle attend la suite dont elle ignore tout ou presque
« un bilan, une radio », mais elle sait, perçoit, qu'elle attend...*

2.4.2.4 Le temps « prescriptif et/ou réflexif »

Le médecin est sorti de la pièce. Le temps de celui/celle venu(e) consulter est alors à l'attente, celui du médecin est à l'action invisible. Via l'*interrogatoire* et l'examen clinique, se dessine pour le médecin une impression générale : un ou plusieurs éventuel(s) diagnostic(s), ou l'inconnu. Afin de poursuivre l'enquête étiologique, des investigations sont le plus souvent nécessaires pour affiner cette impression générale. Le but est de prescrire les états du diagnostic : « *un bilan, une radio.* ». Autrement dit une prise de sang, et des radiographies. Le médecin prescrit et prévient l'infirmière.

Parfois, les investigations devront être « *négociées* » auprès d'interlocuteurs, en les motivant par la transcription des constats de l'examen, des hypothèses diagnostiques. Ces échanges peuvent être sources de dissensions, voire dans les cas difficiles, de désaccords prononcés, préjudiciables pour chacun, à plus ou moins long terme, surtout lorsque l'échange a été vif.

...Le médecin est sorti, la personne attend...

Entre l'infirmière. « *Bonjour, je suis l'infirmière.* ». Là encore, une fonction, au mieux un prénom, rarement, voire jamais, le nom de famille. La déclinaison du nom semble être médicale lorsque la thèse est obtenue, le prénom est paramédical, ou médical quand la personne est encore étudiante. La fonction médicale est mise en avant, tel un préambule, « *Je suis le docteur X* », tandis que le prénom précède la fonction pour l'infirmière : « *Je suis Marie, l'infirmière* ». Sorte d'inversion qui n'est pas anodine, définissant et appartenant, là encore, à une sorte de code. Se présenter d'abord par son identité, avant d'endosser une fonction, ou, *a contrario*, signaler sa compétence avant de se nommer. Le plus souvent, la profession résume le soignant.

Gestes assurés, l'infirmière prélève le bilan vaguement évoqué par le médecin. L'échange est rapide. Certaines personnes, malades, oseront poser quelques questions « *Vous allez piquer combien de tubes ?* », « *Va falloir attendre combien de temps pour les résultats ?* ». L'infirmière demandera souvent « *Avez-vous mal ?* ». La personne répond que non, et l'infirmière sortira après avoir annoncé : « *Les résultats ne seront pas disponibles avant plusieurs heures, on vous emmène en radio* ». « *On* » vient chercher le malade.

« Bonjour, je suis le brancardier, je vous emmène en radio. ».

Généralement, point de prénom, juste la fonction. Le nom et le prénom disparaissent totalement lorsque le contact est bref, transitoire, vraisemblablement ponctuel, et que la fonction ne s'apparente qu'à une mission de passage. Et d'emprunter des couloirs froids, des coursives plus ou moins longues, topographie inconnue, sans repère possible, surtout si le chemin est fait en position semi-allongée, regard rivé au plafond, sans autre horizon. Des néons, des plafonds tous identiques, parfois quelques indications énigmatiques pour le non professionnel « *Biochimie* », « *Anatomo-pathologie* ». Un parcours plus ou moins chaotique que la personne, malade, percevra parfaitement via des secousses, des soubresauts, des virages. Et d'un seul coup, les portes de la radiologie.

...La personne attend...

Jusqu'au moment où son nom sera appelé...

« Madame X... ? Madame X... ! ».

- *C'est moi répond la vieille dame.*
- *Bonjour Madame, on va faire votre radio. Asseyez-vous, je vais mettre une plaque dans votre dos pour la radio. C'est froid.*

Plus que le contact froid, c'est surtout un contact rigide, dur.

- *Ne respirez plus. Voilà, c'est fait, vous repartez aux Urgences.*
- *Et il y a quelque chose sur la radio ? interroge la vieille dame, inquiète.*
- *Je ne peux rien vous dire, c'est au médecin de vous expliquer. Je ne suis que manip.*

Manip... une abréviation à décrypter tandis que rien ne filtre des résultats de la radiographie et qu'il faut encore (et toujours) patienter, sans avoir accès à une réelle information, à du concret.

...La personne attend...

Nouveau brancardier, anonyme.

- *Je vous ramène aux Urgences.*

La vieille dame demande si ça va être encore long.

- *Ah ça j'en sais rien, moi je suis juste là pour vous ramener. Faudra demander au médecin. ».*

Le médecin doit avoir réponse à tout, ou tout du moins remplit-il une fonction, à son insu, d'ultime recours, à nombre d'interlocuteurs de passage auprès de la personne, malade, leur évitant de fournir une explication, ou même une simple indication. Coordonnateur de la prise en charge, le médecin dirige, balise le parcours de soins. Quand intervient une question, un doute, un litige, le « verrou » médical est sollicité, malgré lui.

...Et la personne attend dans une zone ...d'attente(s). A côté de personnes, malades, elles aussi, en attente. Personne n'attend le malade, tant il y en a se dit la vieille dame.

Mais, tous attendent...attendent-ils tous la même chose, au même moment ? Certes non. Cependant, l'attente est un dénominateur commun dont, souvent, les consultants se plaignent. Le médecin met du temps à venir voir la vieille dame, pourtant revenue de radio depuis plusieurs heures. Le médecin, de son côté, poursuit sa tâche : voir d'autres personnes, malades, celles déjà présentes, et celles récemment arrivées. Mener de front plusieurs temps de prises en charge pour un nombre variable de personnes, la limite étant la capacité de chaque médecin à les examiner et à les conclure. En même temps, le médecin a récupéré les résultats, réfléchi, compris, avancé. Sa venue auprès de la vieille dame marque une sorte de point d'orgue.

2.4.2.5 *Le temps « conclusif/transcriptif »*

« ...Ca y est, j'ai l'ensemble de vos résultats... »...

Moment décisif issu de l'ensemble de la prise en charge comprenant l'interrogatoire, l'examen clinique, les résultats des examens. D'autres éléments auront pu participer à la décision : avoir vu les proches, avoir eu le médecin traitant, ou consulté un autre spécialiste venu auprès du malade ou par téléphone. Tous ces éléments convergent, progressivement, et permettent d'aboutir à une synthèse médicale : une sorte de

photographie aussi nette et proche que possible de la personne, malade. Temps de conviction, c'est-à-dire d'*affirmation sincère*³²² énonçant, si possible, le diagnostic ainsi que la (les) thérapeutique(s). Temps d'échange venant clôturer une rencontre, plus ou moins marquante, auquel cas il s'agira de *cette* rencontre.

C'est dès lors un temps de transcription : réussir, de façon intelligible, à communiquer à cette personne, malade, les conclusions et lui permettre ainsi de participer aux soins. Si cette véritable *translation*, plus que transmission car la personne, malade étant le plus souvent naïve au sens littéral, est réussie, alors « *le médecin a le grand avantage de collaborer avec des patients et des familles précisément informés qui peuvent apporter leur contribution au processus thérapeutique. Quand il est mal fait, tout est en place pour compromettre sérieusement la communication thérapeutique. Passer maître dans cet art suppose de bien savoir manier les métaphores du patient, et même son modèle, pour clarifier l'information biomédicale et rendre convaincant le jugement biomédical.* »³²³. Arthur Kleinman parle de *communication thérapeutique* vraisemblablement parce que son terrain d'études est la maladie chronique. Au demeurant, en situation d'urgence(s), indépendamment de l'antériorité et de la durée de la maladie, la notion de communication prévaut. Réussir la *translation* de cette synthèse permet d'obtenir l'adhésion tant des personnes, malades, que de l'équipe soignante. Négliger cette phase remettrait en cause le déroulement complet de la prise en charge, qui s'inscrirait dans un temps éphémère, dévolu à la seule maladie, et non au sujet des soins, l'autre.

L'ensemble des temps précédemment décrits participe, et renforce, la *dialectique soignante*. Néanmoins, la fragmentation interfère, de fait, avec le mode relationnel et lui donne une intensité majeure. Les temps de présence sont des espaces devant contenir, en peu de temps, non seulement les informations médicales, mais également le lien à l'autre. Les temps d'absence sont des temps réflexifs, certes tournés vers l'autre, mais surtout vers l'énigme diagnostique et la hiérarchisation des soins. Pour autant, ces temps peuvent également être des remises en cause du soignant et de ses connaissances, souvent perçues sur l'instant, mais qui s'exprimeront ultérieurement, la

³²² Cf. Partie 3.3.2. : *Rencontre diagnostique ou la suspension du temps* : Cette notion de sincérité fait référence à celle explicitée précédemment lors de la rencontre diagnostique, à savoir l'expression de la vérité en ayant pris soin de l'adapter dans son énonciation à la personne, malade.

³²³ Kleinman A., *The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition*, New York, Basic books, 1988, p.240.

cadence reprenant le dessus. Cette diffraction, temporelle et relationnelle, majeure indubitablement la dimension *dialectique*. Le temps semblant manquer, l'ajustement se fait aux dépens du lien à l'autre, sorte de variable apparaissant annexe ou considérée comme telle.

2.4.3 Découpe rituelle de la rencontre

Cette description chronologique permet de mettre en relief le rythme, la succession des temps constitutifs d'un passage aux Urgences et d'en dégager les éléments fondamentaux :

- le temps de la mise en présence sans anticipation, sans choix, temps physique, à dominante visuelle, avec, éventuellement, une composante tactile s'il existe une poignée de main ou tout autre contact corporel entre personne à soigner et soignant ;

- le temps de la parole et de l'écoute, du récit des événements présents ou passés ayant conduit à recourir aux Urgences ; temps narratif comportant un échange interactif entre interlocuteurs ;

- le temps physique de l'examen clinique, précédé du déshabillage, avec remise d'une tenue de l'hôpital permettant le contact direct, rapproché. Ce temps est actif pour le soignant et mixte pour la personne, malade, actif ou passif selon les indications du soignant ;

- le temps solitaire pour chacun : pour le soignant, temps des prescriptions et de la réflexion ; pour la personne, malade, temps de réalisation des examens et surtout d'attente indéfinie, liée au délai d'obtention des résultats ;

- le temps conclusif, de nouveau temps de parole, venant synthétiser le *passage*.

Schématiquement, la rencontre alterne des temps d'oralité, d'écoute, avec des temps physiques, sensoriels. L'échange, la parole et l'écoute mutuels investissent le

deuxième et le dernier ou cinquième temps. Le contact physique prédomine durant le premier temps, essentiellement visuel, et le troisième temps, où règne le toucher. L'isolement, au quatrième temps, constitue une sorte d'articulation au sein de la rencontre. Ce temps, indépendant de toute connotation de contact ou de parole, comporte raisonnement et réflexion pour le soignant, attente et suspension pour la personne, malade. L'ensemble de ces temps ne peuvent exister indépendamment les uns des autres et procèdent d'un continuum. Si leur découpe n'est de fait pas aussi stricte entre la dimension physique et l'aspect oral, cette caractéristique marque malgré tout le face-à-face.

Lors du passage d'une étape de la vie à une autre, Arnold Van Gennep décrit des « cérémonies » dont le but est de « *faire passer l'individu d'une situation déterminée à une autre situation tout aussi déterminée* »³²⁴. Si le recours aux Urgences n'a pas pour finalité la modification de la personne, malade, son déroulement revêt néanmoins une structure particulière, quasi-initiatique. L'analogie avec les rites de passage est envisageable, si l'on considère que « [...] *l'individu s'est [s'étant] du reste modifié puisqu'il a derrière lui plusieurs étapes et qu'il a franchi plusieurs frontières.* »³²⁵. Ces temps représentent « [...] *des moments de passage, des marches en avant et des stades d'arrêt relatif, de suspension.* »³²⁶, pouvant d'ailleurs être comparés aux temps de la maladie chronique entre phase évolutive et de répit. L'analyse proposée par Arnold Van Gennep permet de considérer la prise en charge aux Urgences selon un canevas conférant à chaque étape constitutive (temps du contact, temps narratif, temps physique, temps solitaire, temps conclusif) une valence importante. Car chaque articulation d'une étape avec la suivante peut s'apparenter à un rite de passage.

Tous ces temps, du premier au dernier, appartiennent, au moins pour le soignant, à des *rites positifs* - « *volitions traduites en actes* » -, répondant à la « *volonté* », c'est-à-dire à « *une manière de vouloir* » et donc à un acte en soi³²⁷. Cette assignation aux *rites positifs* semble, au regard des définitions proposées par Arnold Van Gennep, adaptée et licite. Si ces temps sont dissociables les uns des autres, ils s'inscrivent dans une continuité, dans un agir continu. Chaque temps est induit par le soignant vis-à-

³²⁴ A. Van Gennep, *Les rites de passage*, Paris, Mouton and Co et Maison des sciences de l'homme, Johnson reprint corporation, Rééditions V, 1969, p. 4.

³²⁵ *Ibid.*, p. 4.

³²⁶ *Ibid.*, p. 4.

³²⁷ *Ibid.*, p. 10.

vis de la personne, malade qui, elle, ne peut/ne sait les initier, ignorante, de façon absolue, du déroulement de la prise en charge. Le consentement de cette dernière n'est pas toujours formellement demandé, rendant parfois la perception des séquences comme imposées, directives. Selon Arnold Van Gennep, les rites dénommés *sympathiques* sont fondés sur « l'action du semblable sur le semblable »³²⁸ et sur l'impact de « la parole sur l'acte »³²⁹, ce qui correspond aux temps de la prise en charge. Le recours aux Urgences procède donc, pour la personne venue chercher des soins, de *rites sympathiques positifs*. Reste maintenant à définir si la terminologie de rite *direct* ou *indirect* peut être appliquée à ces phases de la prise en charge. Est compris comme *rite direct*, « celui qui possède une vertu efficiente immédiate, sans intervention d'agent autonome »³³⁰. Or, la prise en charge dans sa globalité, ainsi que chacun de ses temps, voit l'intervention d'agent(s) autonome(s). La terminologie de *rite direct* n'apparaît donc pas adaptée. Le « [...] *rite indirect* est une sorte de choc initial, qui met en mouvement une puissance autonome ou personnifiée »³³¹. La motivation de recourir aux Urgences peut s'apparenter à cette mise en mouvement de la puissance autonome ou personnifiée. Il semblerait que ces passages soient plus d'ordre *indirect*, car mettant en mouvement la personne, malade, mais sous l'impulsion d'une autre entité personnifiée, le soignant. Ainsi, les temps successifs de la consultation seraient-ils reliés par des *rites sympathiques, positifs, indirects*. Si cette interprétation peut être source de discussion, leur dimension rituelle semble évidente, car la prise en charge générale reste toujours identique, l'aspect initiatique étant continu et permanent.

Chacun de ces temps, de ces *rites*, correspond à des bribes parcellaires d'une seule et même rencontre. Cette rencontre, véritable intersubjectivité, est d'autant plus importante que l'enjeu est la santé de l'un des interlocuteurs. L'intersubjectivité est ici définie selon Philippe Rochat, comme « le sens de l'expérience partagée, qui émerge de la réciprocité. »³³². Si le temps est partagé entre personne, malade, et soignant, l'expérience de chacun est distincte. Le malade ressent la maladie et en livre sa perception, en vue d'en être au mieux délivré ; le soignant assiste au récit, aux stigmates physiques, psychiques, et tente d'y remédier par l'application de son savoir,

³²⁸ *Ibid.*, p. 5.

³²⁹ *Ibid.*, p. 6.

³³⁰ *Ibid.*, p. 10.

³³¹ *Ibid.*, p. 10.

³³² P. Rochat, *Le monde des bébés*, Paris, Odile Jacob, 2006, p.163.

de son expérience. Le temps commun, celui de la consultation, procède de l'expérience de chacun, venant s'ajouter à leur vécu respectif.

Viktor Email Freiherr Von Gebattel a recours à une autre analyse de la relation. Selon lui, la relation conjugue deux niveaux anthropologiques : le niveau de la relation interpersonnelle, et le niveau scientifique et technique dont le but est de soulager la souffrance du malade³³³. Viktor Email Freiherr Von Gebattel associe trois phases à la *relation thérapeutique* :

- *le stade sympathique élémentaire*, temps de la perception de la détresse du souffrant par le soignant. Ce temps serait d'ailleurs le seul temps sensitif selon Viktor Email Freiherr Von Gebattel ;

- *le stade de l'agir scientifique* sollicitant les compétences pour aboutir à l'élaboration du diagnostic, de la thérapie et du pronostic ;

- *le stade de l'acte thérapeutique* personnalisé où le médecin adapte après l'annonce les éléments nécessaires aux soins. Ce temps est considéré comme « *le moment langagier proprement éthique visant le rétablissement du pouvoir être du malade.* »³³⁴.

Ces stades sont une autre dénomination des temps de parole et de contact physique précédemment évoqués, mais ils stratifient la relation selon le seul but thérapeutique, et non selon le constat de ce qui se passe concrètement entre deux personnes. Cette dénomination des stades de la *relation thérapeutique* n'est donc pas du registre du contact, mais bien de celui de la finalité soignante au sens technique de cette dernière.

Une autre façon d'analyser la relation peut s'appuyer sur son indéniable scénographie.

³³³ V.E.F. von Gebattel, *Prolegomena einer medizinischen anthropologie*, Berlin, Springer, 1954, p.361-378, cité par L. Benaroyo, *Ethique et herméneutique du soin*, dans *La philosophie du soin*, Paris, 2011, PUF, p.30.

³³⁴ L. Benaroyo, *Ethique et herméneutique du soin*, dans *La philosophie du soin*, PUF, 2011, p.31.

2.4.4 La scénographie de la rencontre

Si la notion de *rites de passage* a été utilisée³³⁵, il est envisageable de se délier du temps évolutif sous-entendu par la notion de rites, pour aboutir à une autre analyse circonstanciée, factuelle. Le fil conducteur reste toutefois, à des fins de cohérence, les agencements chronologiques, c'est-à-dire les articulations du déroulement dénuées d'une quelconque valence ritualisée. Ces étapes (avant/après) s'apparentent à des scènes constitutives d'un acte, celui du (des) soin(s). La consonance théâtrale est à dessein, tant il est possible de discerner, de percevoir cette première ressemblance avec cet univers.

L'analogie entre la personne et le personnage ne saurait être, d'emblée, envisagée. Si l'étymologie est commune entre personne et personnage - *persona* en latin, dérivé d'un mot étrusque signifiant « *masque de théâtre* »³³⁶ -, le personnage est « *Un être imaginaire. Un ego expérimental.* »³³⁷, fort éloigné de la personne, sauf cas particulier relevant de pathologie psychiatrique. D'autres auteurs envisagent le personnage de théâtre tel « [...] *une construction fictive produite par différents responsables [...]* »³³⁸, figure dont la personne, malade, ne saurait être rapprochée. Indépendamment de la littérature, le personnage peut être envisagé comme le rôle que la société et/ou les circonstances oblige(nt) à jouer. Car, le personnage, conformément à la définition, est, aussi, une « *personne considérée dans son rôle social ou quant à son comportement* »³³⁹. Le personnage est-il alors la personne dans sa posture sociale, ou plutôt l'image qu'ont les autres de sa personne ? « *Le Personnage est l'homme que les autres imaginent que nous sommes, ou avons été. Il peut être multiple. Deux Personnages différents, contradictoires, et même l'un à l'autre hostiles, peuvent nous survivre dans l'esprit de nos amis, de nos ennemis, et continuer, après notre mort, une lutte dont notre figure posthume est l'enjeu.* »³⁴⁰. Là encore, ce type de personnage, fait de posture sociale, de projection imaginaire des autres, ne peut être assimilé à la personne à soigner car à considérer en dehors de tout jugement et interprétation sociale. La dimension de participation sociale apparaît de façon officielle par le libellé

³³⁵ Cf. Partie 3.4.3 : *Découpe rituelle de la rencontre*

³³⁶ Le Robert, *Op. cit.*

³³⁷ M. Kundera, *Op. cit.*, p.47.

³³⁸ C. Biet, C. Triau, *Qu'est-ce que le théâtre ?*, Paris, Gallimard, Folio essais, 2016, p.466.

³³⁹ Le Robert, *Op. cit.*

³⁴⁰ A. Maurois, *Mémoires I, Années d'apprentissage et années de travail*, Paris, Flammarion, 1948, p.6.

d'« *usager d'un système de santé* », mais dans un texte régalien³⁴¹. Figure désincarnée presque déplacée, que cet *usager* ayant pris le dessus dans la terminologie juridique, ancrée dans la société, dite, de consommation. Le soignant, quant à lui, pourrait-il être un personnage entendu comme figure sociale ? Soigner ne permet pas le jeu, la représentation et encore moins l'improvisation. Être soignant relève de l'engagement absolu auprès de souffrants, loin de conventions sociales, surtout lorsque le soin est en construction. De surcroît, si la personne à soigner n'est pas un personnage, alors il n'est pas ni envisageable, ni admissible de considérer le soignant comme tel ; la réciprocité en serait rompue et la *dialectique soignante* déséquilibrée.

Relation intersubjective, la nature des sujets étant identique, la maladie ne doit pas, bien au contraire, pervertir l'humanité commune par un artifice de posture de l'un des deux, ou de l'un vis-à-vis de l'autre. En effet, dans la mise en présence du soin, il ne saurait être question de rôle(s), d'attitude(s) factice(s), de projection(s). En pareille circonstance, l'urgence, les (seuls) masques, par analogie avec celui du personnage grec, sont ceux de la douleur et/ou de la maladie, poussant l'Homme à endosser (plus que jouer) *un rôle* bien malgré lui et dont il se serait - vraisemblablement - passé. Confondre ces termes - personne et personnage - serait non seulement maladresse, mais plus encore bévue. La personne est « *un individu de l'espèce humaine (considéré en tant que sujet conscient et libre)* »³⁴². La notion de conscience et de liberté ne seront pas discutées, bien que certains se soient emparés de ces dimensions de façon inappropriée dans le domaine du soin. Ainsi, a-t-il pu être affirmé que les individus n'ayant pas la conscience d'eux-mêmes, tels les états végétatifs chroniques, seraient « *des modèles humains presque parfaits et constitueraient des intermédiaires entre l'animal et l'homme* »³⁴³ - propos du Professeur Milhaud récusés par le CCNE dans son avis 74 datant de 1986 -. La personne, malade, est à prendre en charge, à distance de tout débat, de tout jugement de valeur, sans considération déplacée de son état de conscience et de communication.

La seconde analogie avec le théâtre tient au fait que chaque personne en demande de soins s'apparente, jusqu'à preuve du contraire, à une énigme, une inconnue

³⁴¹ LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, art. L. 1110-1 à L. 1115-2, JORF du 5 mars 2002.

³⁴² Le Robert, *Op. cit.*

³⁴³ CCNE, *Avis sur les expérimentations sur des malades en état végétatif chronique*. Rapport. N°7 - 24 février 1986.

diagnostique et/ou thérapeutique à résoudre. Or, le théâtre comporte une inconnue constitutive de l'intrigue même, l'issue de la pièce. Aux Urgences, les pathologies ne sont d'emblée ni identifiées, ni rattachées à un organe. A l'inverse, au sein d'un service dit de *spécialité*, les diagnostics des malades sont déjà (peu ou prou) identifiés, ou du moins liés à un organe, orientés. L'expression souvent utilisée par les urgentistes est que « *les patients n'ont pas d'étiquette sur le front* ». L'intrigue consiste à colliger les indices, puis les résultats des différentes investigations, et d'en déduire la résolution de l'énigme. Cette démarche est commune à toutes les disciplines médicales, mais le service des urgences est caractérisé par l'inconnu du diagnostic. Si le terme d'énigme peut apparaître inopportun, et n'apparaît pas *in extenso* dans le discours professionnel, il fait pourtant foncièrement partie du vocabulaire usité par les urgentistes : « *Celui-là, je ne sais pas ce qu'il a, je ne comprends rien. Faut continuer à chercher, partir à la pêche.* ». Or, chercher est du registre de l'énigme : « *chose à deviner d'après une définition ou une description faite en termes obscurs, ambigus.* »³⁴⁴. La chose à deviner est le diagnostic, dont la personne, malade, donne une description sommaire au moyen de ses mots, pour décrire et transcrire les symptômes vécus, perçus. « *Aboutir au diagnostic* » n'est pas une expression indue. Elle traduit au contraire le raisonnement, les réflexions, la patience nécessaires, dans un enchaînement allant *crescendo*, avant de cerner l'étiologie. Pour le praticien, l'enjeu intellectuel doublé des enjeux humain et éthique est donc fort.

Enfin, la dernière similitude, et non des moindres, avec le théâtre réside dans le principe ou règle de l'unité : lieu, temps, action. « *Qu'en un lieu, qu'en un jour, un seul fait accompli tienne jusqu'à la fin le théâtre rempli.*»³⁴⁵, règle énoncée par Chapelain³⁴⁶. L'ensemble de la prise en charge, et de toutes les prises en charges, se déroule(nt) dans le service, dans un continuum d'action et de temps. Si certains aléas peuvent venir rompre la règle, elle semble constituer la norme, la rythmique de la prise en charge.

³⁴⁴ Le Robert, *Op. cit.*

³⁴⁵ N. Boileau, *Art poétique*, chant III, 45, 1674, Paris, Hachette, 1850.

³⁴⁶ A. Albalat, *L'art poétique de Boileau*, Paris, Société Française d'Éditions Littéraires et Techniques, 1929, p.96.

L'organisation des soins dans un service d'urgences ne s'avère ni linéaire, ni continue, mais fragmentée, sans réelle possibilité qu'il en soit autrement. La prise en charge est découpée, constituée, à échelon individuel, d'alternances de mise en présence, et de mise à distance entre la personne à soigner et le(s) soignant(s). Dès lors, la dimension relationnelle semble être cantonnée à sa plus simple expression, à un contact furtif, la charge de travail ne semblant pas autoriser le(s) soignant(s) à prendre (perdre ?) du temps...à s'attarder. Cette configuration semble concourir à malmenier le mouvement éthique conduisant à l'autre, mouvement qui le rendrait moins étranger au(x) soignant(s). Pourtant, ce(s) dernier(s) ne saurai(en)t se démettre de la capacité de faire preuve et d'user de conscience.

3 LES OBSTACLES A LA CONSCIENCE ETHIQUE DANS L'URGENCE, L'ETHIQUE EMPECHEE

La conscience éthique, véritable sursaut salvateur, ne peut avoir lieu sans un fin décryptage des contraintes pesant sur l'exercice en service d'urgences. Seront ici analysés les éléments constitutifs de la prise en charge, leur impact, et la réaction dérogatoire pouvant émerger.

3.1 Illusion de la règle de l'unité

3.1.1 Le temps pour unité vectorielle

« La chose la plus précieuse de toutes [le temps en lui-même], on s'en moque ; l'on s'y trompe aussi, parce que c'est une chose immatérielle, parce qu'elle ne vient pas sous les yeux et à ce titre on l'estime de très faible valeur, pis : d'un prix à peu près nul. »

Sénèque, *Sur la brièveté de la vie*, Paris, Fayard, Editions Mille et une nuits,
janvier 1994, p.22.

3.1.1.1 Le règne du temps

« URGENCES »...mot en lettres capitales, souvent écrit en blanc sur fond rouge, tel un sémaphore attirant l'œil aujourd'hui intégré dans la toponymie hospitalière, voire urbaine. Cette signalétique colorée a pour but de permettre une orientation rapide en direction de ce service et d'éviter errance(s) et perte de temps. Car ce mot Urgences est inexorablement relié au temps, après lequel courir...« *C'est une urgence* », locution semblant contenir à la fois le péril de la vie et l'imminence du besoin de soins, donc le temps, ce temps, à ne pas perdre.

Si le temps est le chronomètre de l'existence, il en devient, surtout dans un service d'urgences, le maître omniprésent, le juge, le censeur. Maître des vies humaines dont le temps est compté ; l'urgence vraie devant être repérée, traitée au plus vite. Maître des vies professionnelles, se devant à la fois de détecter le risque vital et de répondre à la pression du flux incessant, ou presque. Multiplicité des situations alternant, conjuguant le plus dramatique avec le plus bénin, avec ou sans transition, variation des arrivées induisant des modifications de rythme imprévisibles et incessantes.

Le temps des structures d'urgence est continu, permanent, perpétuel, le jour, la nuit. La répartition du temps professionnel tient compte de cette distinction jour/nuit, sans toutefois, strictement, s'y conformer. L'absence de rythme fixe est une spécificité du travail dans pareil service, c'est-à-dire l'existence de plusieurs rythmes distincts, tous réunis dans un temps, pourtant, arythmique en son sein. Cadence de travail en horaires variables dont les enchaînements peuvent être physiquement, et psychologiquement, éreintants. Partage du nyctémère en deux ou trois temps. Deux temps pour l'équipe médicale, jour et garde, voire trois temps lorsqu'existe, de plus en plus fréquemment, une demie garde en jonction de la fin de la journée et du début de nuit (de 17h00 à minuit par exemple). Trois temps le plus souvent pour l'équipe paramédicale - matin, garde, nuit - ou deux temps en rythme de douze heures, ce dernier rythme existant surtout dans les petites structures. Les horaires des équipes médicales et paramédicales sont rarement concordants, obligeant à des transmissions séparées et donc démultipliées. Les jonctions temporelles se chevauchent alors d'une équipe à l'autre, la finalité étant d'assurer une présence permanente suffisante pour mener à bien les soins.

Si de nos jours, la notion de permanence des soins paraît normale, elle est finalement assez récente. La présence médicale nocturne avait pour but d'éviter certains décès. « *L'idée d'un service nocturne spécifique fut lancée par la presse, appuyée par des pétitions (la première eut lieu en 1868) dénonçant les cas de blessés décédés du fait de l'impossibilité de trouver un médecin.* »³⁴⁷. La permanence des soins médicaux dans Paris a été défendue par le Docteur Passant durant dix années³⁴⁸, avant

³⁴⁷ J. Peneff, *Les malades des urgences, Une forme de consommation médicale, Op. cit.*, p.19.

³⁴⁸ S. Le Quellec-Baron, *Histoire des urgences à Paris, de 1770 à nos jours* – Thèse médecine. Paris : Thèse médecine – Université Paris 7, 2000, p.59.

l'instauration, le 1^{er} janvier 1876, d'un service médical de nuit. L'accès de nuit au médecin se faisait alors par l'intermédiaire de la police : « *la personne qui aura à requérir un médecin, se rendra au poste de police de son quartier et choisira sur le tableau le médecin dont elle désire réclamer les soins* »³⁴⁹. Escorté d'un gardien de la paix, le requérant était accompagné au domicile du médecin choisi. Les horaires de cette permanence nocturne étaient définis par arrêté préfectoral « [...] *de dix heures du soir pour finir à sept heures du matin depuis le premier octobre jusqu'au trente et un mars ; et à onze heures du soir jusqu'à quatre heures du matin depuis le premier avril jusqu'au trente septembre* »³⁵⁰. En 1890, un chirurgien de garde, dédié à la prise en charge des blessés graves, fut nommé pour la ville de Paris. La notion prédominante était donc la nécessité des soins, et, en regard, la disponibilité des compétences idoines à toute heure.

La terminologie professionnelle consacrée au temps de nuit est celui de *garde*, au sens de surveiller. Actuellement, ce temps nocturne ne correspond plus du tout à une simple surveillance, mais s'apparente parfois au temps diurne tant le flux peut être dense. Toutefois, l'ambiance du travail nocturne est particulière à plus d'un titre. Par le type de requêtes, car se déplacer de nuit pour venir consulter sélectionne les personnes (au moins en deuxième partie de nuit), mais également par la modification de l'activité de la structure hospitalière, en suspens, générant une sensation palpable d'isolement. « *Le travail de nuit est à la fois plus fatigant, mieux accepté et mieux supporté. Le poids de l'autorité hiérarchique est moins visible [...]. La tutelle administrative n'est perçue qu'à travers un surveillant débonnaire.* »³⁵¹. En période nocturne, les arcanes administratifs et hiérarchiques sont moins présentes et leur poids moins perceptible. Les liens au sein des équipes de nuit diffèrent de ceux des équipes de jour. La proximité existe bel et bien (organisation régulière de repas à la faveur de périodes d'accalmie) mais les contacts peuvent être aussi plus rugueux, plus directs qu'en journée.

Ainsi, le curseur temporel est-il incontournable...voire constitutif du fonctionnement des services d'urgences.

³⁴⁹ S. Le Quellec-Baron, *Histoire des urgences à Paris, de 1770 à nos jours* – Thèse médecine. Paris : Thèse médecine – Université Paris 7, 2000, p.59.

³⁵⁰ S. Le Quellec-Baron, *Histoire des urgences à Paris, de 1770 à nos jours* – Thèse médecine. Paris : Thèse médecine – Université Paris 7, 2000, p.59.

³⁵¹ J. Peneff, *L'hôpital en urgence, Op. cit.*, p.139.

3.1.1.2 Les trois temps

L'origine mythique du temps repose sur l'anthropomorphisme. Il faut garder à l'esprit que « *Les mythes sont faits pour que l'imagination les anime.* »³⁵². Kronos est un titan, né de l'union d'*Ouranos*, le Ciel, avec *Gaïa*, la Terre. *Kronos*, à la fois « *prudent* »³⁵³, « [...] *aux rusés conseils* »³⁵⁴ mais « [...] *aux desseins tortueux* [...] »³⁵⁵, va séparer *Gaïa* et *Ouranos* d'un coup de serpe et « [...] *jeter le membre divin dans le Flot de la mer* »³⁵⁶. Par cette séparation d'*Ouranos* et de *Gaïa*, l'espace et le temps peuvent apparaître. Le Dieu du temps physique, *Cronos*, n'aurait pas existé sans cet acte séparatif dont la violence interpelle. Le temps physique serait-il *de facto* violent ? Quoi qu'il en soit, *Cronos* est incontournable, central, car « [...] *père de toute chose et il est absolument impossible qu'un être quelconque vienne à l'existence sans le temps.* »³⁵⁷. A ce point central que *Cronos* est le géniteur de *Zeus*, « *père des dieux et des hommes* »³⁵⁸. Ainsi, selon la mythologie grecque, le temps, support du vivant et de l'existant, serait-il un ascendant (l'ascendant ?) en ligne directe des Hommes.

Toutefois, les Grecs anciens distinguaient trois entités se rapportant au temps : *Cronos* (Κρόνος) ou temps physique, *Kairos* (καιρός), ou l'instant opportun, et *Aiôn*, (Αἰών) signifiant destinée. Ces entités temporelles distinctes caractérisent la perception protéiforme du temps. Le temps connaîtrait plusieurs rythmes, plusieurs cours, pouvant être à la fois écoulement invariant ou, paradoxalement, temps impromptu synonyme d'occasion, telle l'irruption de l'instant à saisir sous peine qu'il n'échappe ou, au contraire, un véritable parcours, un destin.

Dans un service d'urgences, ces trois temps - *Cronos*, *Kairos*, *Aiôn* - s'entremêlent. Le temps physique, *Cronos*, sert de support, de trame de fond à d'autres temps : *Kairos* et *Aiôn*, dont le déroulement et/ou la narration ont lieu conjointement. Au sein d'un temps compté identiquement, garant de la règle de l'unité, existe-t-il plusieurs valences temporelles.

³⁵² A. Camus, *Le mythe de Sisyphe*, Paris, Gallimard, Folio essais, 2008, p.164.

³⁵³ Hésiode, *La Théogonie*, Nouvelle traduction par M. Patin, 1872, p.10.

³⁵⁴ Hésiode, *Op. cit.*, p.6.

³⁵⁵ Homère, *L'Illiade*, II, 182-228, Nouvelle traduction de Louis Bardollet, Paris, Robert Laffont, Bouquins, 2011, p.21.

³⁵⁶ J.F. Mattéi, *Platon et le miroir du mythe*, Paris, PUF, Quadrige, 2002, p.57.

³⁵⁷ Héraclite, *Allégories d'Homère*, trad. De F. Buffière, Paris, Les Belles Lettres, 1962, p.6.

³⁵⁸ Hésiode, *Op. cit.* p.7.

3.1.1.2.1 Cronos ou le temps décompté

Le temps, véritable métronome, est une unité quantitative décomptant le rythme de prise en charge des malades en un temps continu, fut-il composite. Le service d'urgences est ouvert jour et nuit, sans discontinuité. Autant dire qu'il est ouvert en permanence, *tout le temps*, l'usage étant de prononcer H24. Donner des soins à toute heure, voire à n'importe quelle heure...l'heure serait-elle l'unité soignante de référence scandant de fait des relations relativement brèves, au maximum contenues en quelques heures, parfois dans l'heure ? Pourquoi ne pas avoir choisi M1440 (pour les minutes) ou S86400 (nombre de secondes nécessaires pour parvenir à 24 heures) quitte à stigmatiser l'urgence en une unité symbole de rapidité ?...H24, horloge mécanique sans fin démontrant « *cette centration sur le présent immédiat* »³⁵⁹. L'heure tourne, prévaut et l'heure compte à la fois. Pourtant, si ce qui importe est la permanence des soins, pourquoi la perpétuité serait-elle indicible, inaudible, voire offensante au regard des vies humaines ?...H24. La référence horaire est-elle la seule ? Pourquoi le temps est-il (devenu) si important pour dispenser des soins ? « *Dès l'origine, la médecine a été un savoir agissant en fonction du temps sur une réalité, la maladie, qui était elle-même d'essence temporelle et conçue spécifiquement comme telle et comme rupture dans la trame du temps.* »³⁶⁰. Temps de la vie au sein duquel s'inscrit un nouveau temps, celui de la maladie, à l'encontre de laquelle le savoir médical est requis, savoir également dépendant du facteur temps. Le rapport de la médecine au temps est indéfectible tant en termes d'observation et d'action que d'avancée des connaissances. Ainsi, confluent plusieurs temporalités à la fois impliquées, intriquées et imbriquées, à la fois conjointes et complémentaires : la temporalité *pathologique* (se rapportant à la maladie) et la temporalité *pratique* (définissant le temps de prise en charge), issues d'une temporalité plus large, scientifique car mesurable et mesurée.

Le temps physique désigne une quantité objective, quasi-matérielle, palpable comprise par tous - les soignants ainsi que les personnes venues consulter - telle la durée d'une réanimation cardio-respiratoire, évènement intense d'une gravité extrême, ou la durée de passage par malade dans le service, critère administratif, factuel. Temps

³⁵⁹ N. Aubert, *Le culte de l'urgence ou la société malade du temps*, Paris, Flammarion, Champs essais, 2010, p.249.

³⁶⁰ J. Lombard, B. Vandewalle, *Philosophie et soin*, Paris, Ed Seli Arslan, 2009, p.88.

chiffré vecteur de deux éléments distincts, aux antipodes quant à leur signification, leur vécu. Le temps du risque vital, caractéristique de la finitude de la vie versus le temps mesuré, photographié, figé. Ce critère du temps-durée, par définition préhensible, est devenu un paramètre descriptif (flux journalier, diurne/nocturne, périodes de vacances...) puis un critère évaluatif (comparaison des périodes de l'année les unes par rapport aux autres, des structures d'urgence à flux identique...).

« Vous prenez trop de temps pour voir un malade. Au tri, il faut aller beaucoup plus vite. Il faut être plus efficace que ça. », dit une cadre de santé à une jeune recrue, sans s'inquiéter ni de l'adaptation de la dite recrue au poste, ni du pourquoi du retard, si tant est qu'il s'agisse d'un quelconque retard. L'efficacité temporelle est interpellée comme le critère (absolu), le critère de choix.

De critère quantitatif, le temps, toujours le même, est devenu critère qualitatif : la performance d'un service d'urgences se déduit des durées de passage. Ainsi le jugement s'opère-t-il sur une moyenne, par définition d'échelon collectif lissant l'aspect microscopique, individuel, élément pourtant loin d'être négligeable, à savoir la corrélation entre le temps pris et les soins prodigués. La clepsydre est un juge dont la seule objectivité, et non des moindres, est la mesure implacable, opposable. Le temps bat la mesure, passe, mais ce qui se passe, s'y passe, *lui* serait (est) indifférent, car le temps ne vit pas, mais se vit.

Mais la mission des Urgences est de surseoir à l'irréparable et/ou de réparer ce qui peut l'être, sans compter le temps, mais en comptant sur lui, ambiguïté bien connue des soignants de ces services. En effet, le temps, et surtout l'allongement des délais de prises en charge, peut être source de dégradation de l'état de santé des malades mais peut aussi, paradoxe, donner la solution. Pourtant, l'utilisation connexe par les tutelles n'est pas orientée sur cet élément d'ordre médical mais sur la performance comprise comme la réduction - la compression ? - des temps de passage. Le dogme, voire la politique consacrée, est de promouvoir la rapidité tel un critère qualitatif tout en recherchant une augmentation du nombre de passages. Un service d'urgences jugé efficace, voire efficient, serait caractérisé par des durées moyennes de passage courtes. Ainsi l'évaluation de la qualité se transforme-t-elle en contrôle de rapidité, truchement fallacieux s'il en est. De fait, le temps contenu dans le mot Urgences prendrait-il une forme de pouvoir devenant un censeur permanent, pouvant à lui seul

caractériser le service ; les personnes, malades, ayant d'ailleurs, elles aussi, tendance à recourir au temps pour caractériser leur passage.

« On attend toujours aux Urgences. »...Ou alors... « Pour une fois, on n'a pas attendu trop longtemps. ».

3.1.1.2.2 Kairos ou le temps compté

Le *kairos* ou le moment opportun, à ne pas manquer, celui justement de l'urgence : savoir être à la fois au temps, à temps et dans les temps.

Un jeune homme se présente aux Urgences le jour de la Saint Sylvestre. Elève vétérinaire, il est allé voir un de ses amis qui possède un serpent venimeux, un crotale vivant en Amérique du Sud, crotalus durissus durissus, interdit sur le sol français. Alors qu'il manipule le serpent, il se fait mordre au bout du doigt et décide, connaissant les risques de pareille morsure, de venir consulter. A son arrivée, deux heures après avoir été mordu, il ne présente aucun signe inquiétant. Pourtant, du fait des risques majeurs liés au venin, les urgentistes prennent la décision de trouver du sérum, antidote spécifique. Le seul laboratoire pouvant dispenser le produit est à plus de 600 kilomètres de l'hôpital. Du fait de la localisation de ce laboratoire, la seule solution est de faire acheminer le sérum avec le précieux concours d'une compagnie aérienne nationale, acceptant gracieusement de transporter le produit. Lors du départ de l'urgentiste pour l'aéroport en vue d'aller récupérer le sérum, le jeune homme présente des signes généraux d'envenimation, à savoir une chute de la paupière, une diplopie et des troubles biologiques sévères. Le jeune homme est alors hospitalisé en réanimation car l'envenimation concerne l'ensemble de son organisme dont les fonctions neurologiques, mettant en jeu son pronostic vital, le risque ultime étant l'arrêt respiratoire. Le temps est compté car le sérum doit être administré au maximum dans un délai de 8 heures après la morsure. Afin de ne pas perdre de temps, l'urgentiste part escorté de motards dans un véhicule du SAMU. Chaque soignant impliqué a les yeux rivés sur l'horloge. Sérum récupéré, l'escorte fait le chemin inverse à vive allure pour arriver à temps. L'injection a finalement lieu au bout de 7h45 permettant au jeune homme d'échapper à l'arrêt respiratoire. Après

48 heures d'hospitalisation, ce dernier signe sa sortie contre avis médical, trouvant que les équipes en ont fait un peu trop [sic]. ».

Cet exemple authentique³⁶¹, conformément à la méthode choisie³⁶², illustre l'importance du *kairos* ou temps à saisir. La décision prise de façon prospective d'aller chercher le sérum correspondait à l'anticipation de l'évolution potentielle, au bon moment.

Savoir ne pas passer à côté du temps opportun pour les soins est un élément capital s'apparentant à la perception et, le cas échéant, à l'anticipation de l'évolution de la maladie. La vitesse de prise en charge est une sorte de curseur ayant pour finalité de contrecarrer la pathologie. La rapidité d'intervention est inféodée au rythme évolutif de la gravité de la maladie : à pathologie critique, délai court voire immédiat. L'importance de ce lien est, par exemple, concrétisé par les échelles de tri basées sur des délais de prises en charge. Ces échelles, aujourd'hui devenues référence officielle³⁶³, s'avèrent indispensables pour organiser les soins. Une *urgence vitale* ne souffre aucun délai, une *urgence immédiate* doit être prise en charge dans les 20 minutes suivant son arrivée. Moins d'une heure pour une *urgence vraie*, l'*urgence ressentie* pouvant attendre car ne présentant pas de risque véritable sous réserve d'une évaluation idoine. Au demeurant, la gravité clinique pour les soignants n'est pas celle perçue par les malades. Si le cancer est une maladie grave, dont le délai de prise en charge est variable selon les situations, elle représente rarement une urgence pour les soignants. A contrario, le cancer est fréquemment vécu par les malades, du fait de sa gravité létale potentielle, comme une urgence quel que soit le contexte clinique. Ce hiatus temporel entre malades et soignants est souvent source d'incompréhension. Or, la genèse première des services d'urgence reposait sur l'importance de pouvoir donner des soins, dans un délai court, aux malades dont l'état le nécessitait, c'est-à-dire en présence d'*urgences vraies* avec mise en jeu du pronostic vital à court terme. Mais, l'évolution tant sociétale que structurelle a transformé les services d'urgence en structures de premier recours, bouleversant la temporalité *princeps* de l'urgence. Le recours aux Urgences revêt désormais de multiples demandes éloignées d'un éventuel risque vital.

³⁶¹ Cf. Annexe 2 : Lettre au Pr. E. Roupie au Président Directeur Général d'Air France le 09/01/2004 parue dans la revue Briefing février – mars 2004

³⁶² Cf. Partie 3.1 : Méthode

³⁶³ S.F.M.U., *Référentiel Infirmière Organisatrice de l'Accueil*, 2004.

3.1.1.2.3 Aion ou le temps conté

A la fois permanente et courte, le temps est une entité ambivalente, concomitamment rassurante et effrayante. « *Le temps est une image de l'éternité, mais c'est aussi un ersatz de l'éternité.* »³⁶⁴. Le temps physique, d'ailleurs souvent représenté par une figure géométrique, soit rectiligne - « *le temps linéaire, qui va de l'avant* »³⁶⁵-, soit circulaire -« *le temps cyclique, qui fait des boucles.* »³⁶⁶-, semble (pouvoir) ne jamais finir. Entité objective, ce temps universel obéit à des règles établies, validées, partagées par tous. Véritable mesure impartiale, l'horloge matérialise ce temps compté. *A contrario*, le temps vécu est éminemment subjectif, pouvant être perçu comme dé-mesure, l'espace-temps, tant son contenu influe directement sa perception. Ce temps vécu puis conté est alors une entité de densité variable ayant pour seule(s) norme(s) celle(s) du sujet. Ce temps (ra)conté est également grammair, quand, conjugué, il permet le récit de qui fut, est, ou sera.

Ainsi le temps est-il simultanément avoir et être : deux auxiliaires pour une seule et même dimension. Le temps objectif représente un avoir car il contient, détient la mesure, le rythme. Avoir du temps peut sembler infini, avoir une heure est perceptible : prendre du temps est un avoir, telle la potentialité de ce qui peut arriver, et qui, peut-être, ne sera jamais. « *Quand on est déçu par un plaisir qu'on attendait et qui vient, la cause de la déception, c'est qu'on attendait de l'avenir. Et une fois qu'il est là, c'est du présent. Il faudrait que l'avenir fût là sans cesser d'être l'avenir.* »³⁶⁷. Ce temps, forme d'avoir objectif, devient subjectif dès qu'il abrite l'existant, l'être : l'incarnation des événements vécus, la densité concrète de ce qui fut, la possibilité de ce qui pourrait être ou sera... Ce temps subjectif correspond à l'*aion*, à ces éléments constitutifs du récit participant de l'être en lui-même de sa construction progressive. Livrer son parcours à autrui, de surcroît étranger, surtout lorsqu'on y est obligé par les circonstances n'est jamais anodin.

Le téléphone de l'urgentiste retentit dans sa poche. Le SAMU annonce l'arrivée d'une jeune femme victime avec son époux d'un accident de moto. Une voiture a grillé un feu rouge, a percuté la moto et tué le conducteur sur le coup. La

³⁶⁴ S. Weil, *La pesanteur et la grâce*, Paris, Calmann-Lévy, Pocket Agora, 2017, p.65.

³⁶⁵ E. Klein, *Le temps*, Paris, Flammarion, Dominos, 1995, p.21.

³⁶⁶ *Ibid.*, p.21.

³⁶⁷ S. Weil, *La pesanteur et la grâce*, *Op. cit.*, p.66.

jeune femme présente pour seule blessure une plaie sur le mollet. Le décès de son mari ne lui a pas été signifié par l'équipe du SAMU.

Arrivée dans le service. La transmission entre urgentistes a lieu à l'écart.

- J'ai décidé de ne pas lui dire que son époux était mort sur le coup. Bien sûr elle a demandé après lui, j'ai répondu qu'on lui donnait des soins. Mais elle ne sait pas.

L'urgentiste entre dans la salle, et, d'emblée, la dame demande des nouvelles de son époux. L'urgentiste prend alors la décision d'annoncer le décès. La jeune femme marque un temps, mutique, regard fixe. Loin d'être impassible, elle rompt le silence et évoque son premier mariage.

- Ça recommence... En fait, c'est mon deuxième mari. Le premier est mort... dans un accident de moto, voilà dix ans. Je m'étais promis de ne pas tomber amoureuse d'un motard... mais que voulez-vous... Alors, partir en moto au restaurant, ce soir, alors que je refusais de monter sur cet engin depuis des années, était une sorte de preuve d'amour pour lui... Mais ça recommence... Nous sommes mariés depuis deux mois... Je n'arrive pas à croire ce qui m'arrive...

L'urgentiste écoute le récit, simplement, intensément.

L'examen de la plaie viendra plus tard, l'urgence est à l'écoute, à la parole.

En pareilles circonstances, le temps se double d'une valence autre que la seule mesure mathématique. L'horloge ne compte plus alors même que le temps devient palpable, dense, lourd. Et sa définition semble avoir deux dimensions : une abscisse, le décompte mécanique, chronométrique, et une ordonnée, le poids, la densité de son contenu. Quand le récit est à ce point douloureux, le gestionnaire du temps n'est plus la clepsydre mais le récit en lui-même.

Ainsi le temps peut-il se définir comme une entité contradictoire. Infini et fixe quand, objectif et extérieur, il mesure les parcours du vivant, et à la fois fini et mouvant quand, intérieur et subjectif, il contient l'existant. La représentation du temps est rassurante lorsqu'il s'étire à l'infini - « [...] nous représentons la suite du temps par une ligne prolongée à l'infini [...] »³⁶⁸ -, semblant durer toujours et ne jamais venir à manquer. La narration du temps est angoissante, terrible, lorsqu'il est le support d'évènement(s) synonyme(s) de maladie, de drame, véritable rupture par rapport à ce qui était le

³⁶⁸ E. Kant, *Critique de la raison pure, Esthétique transcendantale §6 Conséquences tirées de ces concepts*, Paris, Garnier Flammarion, 2001, p.128.

référentiel personnel. Le temps est à la fois *contenant et contenu* : pensé tant qu'il est contenant, impartial, et à la fois vécu quand il est contenu, particulier. *Constant et éphémère* : constant du fait de la permanence de la mesure, éternité, et éphémère via la finitude de la vie de chaque Homme. *Le toujours et le maintenant* : invariant quand il progresse et ponctuel lorsqu'il relate. *Absolu et relatif* : absolu, implacable, quand il décompte, relatif, presque versatile, quand il raconte. *Distance et durée* : « *Loin et proche forment la distance, avant et après forment la durée.* »³⁶⁹. Distance lorsqu'il prend l'épaisseur de l'espace et durée lors de son écoulement.

Et pourtant, ce même temps, véritable oxymore en son sein, ne fait qu'un : « *Le temps est une représentation nécessaire qui joue le rôle de fondement pour toutes les intuitions. On ne peut, à l'égard des phénomènes en général, supprimer le temps lui-même, bien que l'on puisse assurément tout à fait bien soustraire du temps les phénomènes.* »³⁷⁰. L'évènement s'insère dans un temps précis dont il est le support, mais perdure au-delà du moment présent tel un phénomène mémoriel. Bien plus, le contexte de la maladie grave, voire de la tragédie et de l'indicible, effacent, ou au moins brouillent, toute durée, pour ne conserver que la densité, l'intensité.

3.1.1.3 Conjugaison des temps

Il ne faudrait donc pas parler du temps mais des temps. Dans un service d'urgences, la seule certitude temporelle, en dehors du décompte mathématique, est l'absence de possibilité d'anticipation de la journée, de son contenu, des rencontres, des actions.

« *Tout passe et rien ne demeure [...] Tu ne saurais entrer deux fois dans le même fleuve.* »³⁷¹, est sans nul doute un aphorisme caractéristique de ce lieu de soins, tant le rythme peut être variable d'une journée à l'autre, voire d'une heure à l'autre. Le temps mécanique est invariant, servant de support à d'autres temps, celui de chaque personne, malade, requérant le temps des soignants. Ainsi le temps soignant pourra-t-

³⁶⁹ F. Jullien, *Du « temps », Éléments d'une philosophie du vivre*, Paris, Le Livre de Poche, Collection biblio essais, 2014, p.26.

³⁷⁰ E. Kant, *Critique de la raison pure*, Op. cit., p.126.

³⁷¹ Héraclite, *Citations et témoignages doctrinaux, Le monde [15]*, in *Fragments*, Paris, GF Flammarion, 2002, p.100.

il être ambigu, à la fois jugé trop rare, trop rapide, et pourtant source d'expériences riches tant professionnelles qu'humaines. Le temps n'est pas que *vitesse et fuite*, il est aussi *durée et acquisition*. Mais ce paradoxe est accentué par le lien indéfectible entre médecine et temps. Temps nécessaire pour comprendre, chercher, trouver. Temps fuyant pour que la maladie se révèle, s'exprime. Temps subi du fait du flux des malades, des histoires entendues, intégrées. Plusieurs temps en un seul et même temps. A durée identique, l'espace-temps n'est pas le même. En un même lieu, en un même temps, se composent des soins différents, variés, aux conséquences variables, dont le vécu diffère. Ressemblant à un kaléidoscope, le temps peut être tout à la fois sourire ou angoisse. Autant de fluctuations relationnelles à assimiler au fur et à mesure de la journée et face auxquelles la mission soignante est de faire face, de s'adapter.

Comment gérer ces trois temps - *Cronos, Kairos, Aion* - inscrits les uns dans les autres, reliés les uns aux autres ? « *Le passé, [pensait-il], est lié au présent par une chaîne ininterrompue d'évènements qui découlent les uns des autres. Et il lui semblait qu'il venait d'apercevoir les deux bouts de la chaîne : il avait touché l'un, et l'autre avait vibré.* »³⁷². Cette assertion peut résumer la maladie. *Cronos*, vecteur au long cours de l'*Aion*, et support du *Kairos* si fugace. La question reste entière face à cette entité temporelle qui échappe. « [...] *couramment, quand nous parlons du temps, nous pensons à la mesure de la durée, et non pas à la durée même. Mais cette durée, que la science élimine, qu'il est difficile de concevoir et d'exprimer, on la sent et on la vit.* »³⁷³. Quelle perception avoir du temps ? Celle d'heures enchainées ou celle de leur contenu ? Avoir examiné des malades, établi des diagnostics, prescrit des thérapeutiques n'est-il pas autrement plus important que la seule perception de longues heures passées à travailler ? Il existe donc deux caractéristiques à la durée : le décompte mécanique et la perception de cette mécanique. Une analogie serait de considérer une image et une histoire, un dossier médical et un récit. L'image est inanimée, l'histoire est, au contraire, vivante surtout lorsqu'elle est racontée par celui qui l'a vécue. Le récit est détaillé, narratif, le dossier n'est qu'un témoin de papier, une transcription plus ou moins fidèle.

³⁷² A. Tchekhov, *L'étudiant*, in *Les groseilliers et autres nouvelles*, Paris, Gallimard, Folio, 2016, p.43.

³⁷³ H. Bergson, *Mouvement rétrograde du vrai*, in *La pensée et le mouvant*, Paris, PUF, Quadrige, 1990, p.4.

De plus, le temps est à la fois unique et multiple. Un seul et même temps : temps particulier, singulier lors du face-à-face avec chaque malade, temps collectif, pluriel pour l'ensemble des malades. C'est avec ces temps que tout soignant doit composer pour travailler. Un temps au sein du temps, des temps, dans le temps. Savoir gérer son temps pour un urgentiste correspond à consacrer le temps nécessaire à chacun. Mais souvent le nécessaire est assimilé aux seuls soins. Or, il s'agit aussi de donner du temps au temporaire, à chaque relation fut-elle momentanée. Le temps est morcelé tant la prise en charge de chaque personne, malade, est faite de présences et d'absences : présence lors du passage à l'accueil...attente le plus souvent seul(e)...présence lors de l'examen clinique...absence lors de l'attente avant d'aller en radiologie ou lors de l'attente des résultats...présence lors de la remise de l'ordonnance. Quantitativement, la durée de prise en charge est relativement courte mais elle s'étire du fait des séquences, laissant prédominer la perception d'un temps long, surtout fait d'absences, au détriment des temps de présence pourtant plus importants, mais très brefs. Ce sont l'ensemble de toutes ces séquences que l'urgentiste doit conjuguer. Impossible de jauger le temps nécessaire à chacun selon la pathologie : tant de temps pour une entorse de cheville, et un peu moins pour une entorse de doigt. Lorsque le diagnostic est grave et établi d'emblée, il n'est pas rare que le malade passe très peu de temps dans un service d'urgences (un infarctus du myocarde à la phase aigu sera géré au plus vite pour ne pas perdre de temps). En l'absence de diagnostic rapide, devant des symptômes profus, confus, les investigations sont parfois difficiles à obtenir, l'établissement du diagnostic nécessite de solliciter alors un avis spécialisé, et le temps se ralentit, s'allonge, s'étire, sans corrélation avec la gravité.

*« Et quand tu en auras profité, il s'enfuira quand même : aussi faut-il concurrencer la vitesse du temps par la vitesse à en user et, comme un torrent rapide et saisonnier, y puiser vivement. »*³⁷⁴. Le temps n'est que support, vecteur. Pourtant, rencontrer l'autre peut être à la fois factuel et ponctuel, mais aller à sa rencontre, partager ce temps est une forme de densification du temps lui conférant une valence éloignée du simple vecteur.

³⁷⁴ Sénèque, *Sur la brièveté de la vie*, Paris, Fayard, Editions mille et une nuits, Janvier 1994, p.25.

Enfin, le temps est un lieu car le plus souvent l'architecture est aveugle ou presque, tournée vers l'intérieur, espace baigné de lumières artificielles en rupture totale avec l'extérieur, le temps biologique. Un lieu hors sol, presque hors temps, un espace-temps spécifique au sein duquel l'activité ne s'interrompt jamais.

3.1.2 Unité de lieu ou topographie illisible

3.1.2.1 Référentiel officiel

La conception architecturale d'un service d'urgences doit permettre de répondre à plusieurs impératifs.

En premier lieu, l'accueil à toute heure de toute personne nécessitant des soins urgents ; le flux dépendant principalement du bassin de population et de la densité médicale environnante. En second lieu, la gestion des crises sanitaires pour lesquelles l'afflux peut être massif et de fait peu prévisible. Un référentiel officiel a été publié en 2005, par la Société Francophone de Médecine d'Urgence, définissant les grandes lignes de l'architecture des services d'urgences³⁷⁵. Architecture par rapport à l'extérieur : l'implantation d'un service d'urgences doit intégrer de nécessaires accès privilégiés à certains services, indispensables au fonctionnement optimal, à savoir « à proximité de la radio, du bloc opératoire et si possible à proximité de la réanimation et des laboratoires. »³⁷⁶. Architecture interne dont la topographie doit permettre la circulation la plus fluide possible.

Cinq zones principales aux fonctions distinctes doivent être présentes : zone d'accueil, zone de soins, zone technique, zone de service, unité d'hospitalisation de courte durée. Ces zones doivent définir les flux selon le principe de la « *marche en avant* »³⁷⁷. En effet, le parcours de la personne, malade, au sein du service est conçu comme une progression tant dans la démarche de soins que dans sa localisation géographique : pas de recul d'une zone à une autre, mais une avancée progressive, si possible continue, d'où le terme de « *marche en avant* ».

³⁷⁵ S.F.M.U., Recommandations, *Architecture des services d'urgence*, 2005.

³⁷⁶ S.F.M.U., Recommandations, *Architecture des services d'urgence*, 2005, p.4.

³⁷⁷ S.F.M.U., Recommandations, *Architecture des services d'urgence*, 2005, p.13.

La zone d'accueil est le lieu où se déroule l'étape initiale, au cours de laquelle le motif de consultation est demandé dans une confidentialité relative. Certains chuchotent, voire se refusent à énoncer le pourquoi de leur venue. L'accueil à proprement parler comporte l'inscription administrative et une première orientation, rapide, basée sur les éléments succinctement recueillis. Située à l'entrée du service, cette zone est une transition entre *le dehors*, la ville, et *le dedans*, le service en lui-même. Certains arrivent debout, d'autres couchés (amenés par des transports spécifiques ou premiers secours, ambulances, SAMU, pompiers), distinction parfois matérialisée par des entrées différentes. En général, si l'accueil est une zone spacieuse, ouverte, il marque une séparation avec l'intérieur du service, séparation concrétisée « [...] *par une porte électrique coulissante dont l'absence de poignée, de bouton de commande visible indique que le public ne la contrôle pas.* »³⁷⁸. L'ouverture de cette porte est sous le contrôle de l'agent d'accueil, la commande se trouvant le plus souvent sous le plan de travail ou manœuvrée par chaque membre du service au moyen d'un badge personnalisé. L'ouverture de cette porte électrique donne à voir l'intérieur du service.

Contiguë à cette zone d'accueil, se trouve la salle d'attente des familles et accompagnants, généralement équipée d'un distributeur de boissons, de friandises et, parfois, d'un poste de télévision diffusant soit des messages de santé publique, soit une chaîne officielle avec des programmes divers. La présence du poste de télévision semble décalée en pareil lieu, et s'avère, de surcroît, une source sonore plus ou moins opportune en fonction des moments, des contextes de chacun. Sur les murs, occasionnellement, quelques affiches ciblées divulguant des informations médicales ou sanitaires (accueil des femmes battues, liste des pharmacies de garde, maisons de santé...). Ces messages donnent déjà une connotation grave à ce lieu, car aucun des messages, en dépit des apparences, n'est léger. Quoi qu'il en soit, nombre de familles ont le regard attiré par les mouvements incessants à l'accueil, les nouveaux arrivants croisant les secours ayant déposé une personne. Cet espace a des faux airs de *forum*. La salle d'attente est un endroit devant être « *convivial et apaisant* »³⁷⁹, et ne devant pas être négligé, car lieu de longues heures d'expectative, d'angoisse pour l'entourage des personnes venues consulter. « *Dans la salle d'attente, on est assigné à plusieurs*

³⁷⁸ J. Peneff, *L'hôpital en urgence, Op. cit.*, p.33.

³⁷⁹ S.F.M.U., *Recommandations, Architecture des services d'urgence*, 2005, p.18.

et pour un long moment, dans un local étroit et fermé. L'interaction visuelle est difficilement évitable.»³⁸⁰. Cette salle d'attente nettoyée régulièrement porte l'empreinte des passages, des attentes, tel un négatif photographique. Papiers à même le sol, gobelets de café tombés de la poubelle pleine, traces de pas...sortes de vestiges d'heures sous tension.

Un monsieur vient consulter un soir. Il refuse, malgré l'insistance de l'agent d'accueil, d'énoncer le motif de sa venue et répète, à plusieurs reprises, qu'il veut voir un médecin et qu'il ne dira rien tant qu'il ne l'aura pas vu. Lors de l'entretien avec l'infirmière organisatrice de l'accueil, le monsieur réitère qu'il demande à voir un médecin, et qu'elle n'a pas à connaître le motif de son recours. En présence du médecin, le monsieur décrira une soirée arrosée, un ou plusieurs rapports sexuels non protégés - il ne sait plus, se contredit, semble ne pas oser tout dire -, et le lendemain, le doute, l'angoisse, la peur, l'incompréhension d'avoir eu ce(s) comportement(s). Les yeux perdus, il scrute le visage du médecin, impassible, et arrive à dire qu'il ne voulait pas être jugé, raison pour laquelle il a tu les circonstances de sa venue.

Concilier un accueil ouvert permettant de voir toute personne arrivant, afin d'évaluer à la vue si son état n'est pas de fait prioritaire, et un cadre suffisamment confidentiel pour respecter le secret médical en instaurant, d'emblée, une forme de confiance, tient de la gageure. Le niveau et le ton de voix peuvent toutefois aider ce duo confiance-confidentialité, mais la superficie de cet accueil et l'acoustique, souvent bruyante, sont autant de paramètres handicapants, d'écueils (parfois) insurmontables selon le contexte.

A proximité de l'accueil, se trouve la salle d'accueil des urgences vitales dont l'acronyme est éloquent : la S.A.U.V. Sauver, mission la plus aiguë, la plus cruciale, d'un service d'urgences. Certaines équipes la nomment salle de déchocage, ou *déchoc*, dénomination signifiant la réanimation des états de choc c'est-à-dire d'une situation physiopathologique de défaillance hémodynamique majeure. Evoquer cette salle connote d'emblée le contexte. Ce lieu est le plus souvent organisé autour d'une colonne centrale où sont fixés les éléments techniques servant à la réanimation : un

³⁸⁰ J. Peneff, *Les malades des urgences, Une forme de consommation médicale*, Op. cit., p.73.

scope, des pousse-seringues, l'arrivée des fluides (oxygène, air), des prises électriques. Cette colonne massive prend une place importante et campe, en quelque sorte, le décor à elle toute seule. A côté un chariot de réanimation, scellé dont le contenu comprend des médicaments, des drogues et du matériel spécifique destiné à l'intubation, la pose de drains, ou autres supports en vue de gestes techniques pratiqués en cas de réanimation. Centre névralgique, cette salle est un lieu d'intense activité, à connotation parfois dramatique en cas d'échec des manœuvres de réanimation.

Vient ensuite la zone de soins devant, toujours selon le référentiel de 2005, comporter des zones d'examen polyvalentes, ou *box*, centrées sur un poste de soins mixte (infirmier et médical). L'organisation pourra distinguer un *circuit court*, léger, ambulatoire - consommation de « *peu de temps, peu de ressources* »³⁸¹-, et un *circuit long*, car nécessitant l'accès au plateau medicotechnique, le plus souvent pour des malades couchés - consommation de « *beaucoup de temps, beaucoup de ressources* »³⁸²-. Au sein de cette zone, la sécurité prime à savoir une surveillance correcte de l'état clinique de chacun. Cette surveillance implique des espaces ouverts où les personnes, malades, attendent à la vue des soignants. En effet, par définition, un malade est potentiellement instable surtout en cas de diagnostic indéterminé, nécessitant donc une surveillance accrue. Le fait d'être à la vue des soignants implique l'absence de séparation, élément pouvant être mal interprété car antinomique de l'intimité de chacun. Le cœur de cette zone est le poste de soins, lequel comprend des paillasses pour permettre les actions infirmières, des espaces informatiques et la possibilité d'accueillir les familles. La zone informatique est le lieu de rédaction des observations, de discussion des dossiers, voire d'échanges moins formels. Selon les services, la zone informatique, pouvant être comparée à un « *centre de presse* »³⁸³, sera visible ou non par les malades, cette visibilité modifiant nettement les attitudes, les comportements des soignants. « *Tous les métiers présentent un double visage : interne et tourné vers le public, mais ici l'opposition est plus forte. [...] il y a deux discours, deux façades : la version officielle, et la version secrète, non reproductible [...].* »³⁸⁴. Cet endroit est de fait très particulier, caractérisé par des échanges plus ou

³⁸¹ S.F.M.U., Recommandations, *Architecture des services d'urgence*, 2005, p.14.

³⁸² S.F.M.U., Recommandations, *Architecture des services d'urgence*, 2005, p.14.

³⁸³ J. Peneff, *L'hôpital en urgence*, *Op. cit.*, p.38.

³⁸⁴ *Ibid.*, p.38.

moins rigoureux, par des commentaires pédagogiques destinés à former les plus jeunes, lesquels exprimant, par l'irruption de notes plus ou moins émotives, leurs propres doutes à pouvoir progresser et/ou, à terme, maîtriser ce métier palpitant. Quelle que soit la tonalité du moment, ce lieu est consacré à l'expression, à l'échange.

Le circuit des malades psychiatriques est spécifique, la salle dédiée permettant de prendre en charge tout malade agité, le plus souvent accompagné par les forces de police. L'organisation est spécifique : un bureau pour discuter en face-à-face si l'état de la personne le permet et une salle adjacente avec un lit, rivé au sol, équipé de matériel de contention.

La zone technique - laboratoires, radiologie, blocs - est au mieux contiguë au service d'urgences afin de faciliter leur accessibilité. Cette géographie n'est pas toujours possible à privilégier et oblige alors à des déplacements chronophages, pénibles pour les malades comme pour les soignants. Certains brancardiers portent parfois, à titre personnel, des podomètres pour attester des distances parcourues ; le jeu étant la comparaison du score du jour.

Enfin, la zone dite de service comprend les bureaux médicaux, paramédicaux, une salle de réunion également utilisée pour l'enseignement. Cette zone est souvent à distance de la zone de soins, sorte de mise à l'écart voire de protection quant à l'intense activité.

La zone administrative est plus ou moins au contact de la zone de soins. Selon les horaires, en cas de retour à domicile, demande sera faite à la personne de se rendre à la caisse pour s'acquitter des formalités administratives voire, le cas échéant, des frais éventuels. Si cette étape n'a rien de choquant, la proximité de cette perception financière avec le service est frappante, reliant le soin à sa dimension économique.

Le référentiel de la Société Francophone de Médecine d'Urgence stipule que l'agencement des locaux doit être « [...] centré sur le patient (qualité des soins, confort, confidentialité, intimité). »³⁸⁵. Cette remarque est d'importance, tant l'architecture, la configuration des espaces, des pièces a un impact sur l'organisation des soins, les

³⁸⁵ S.F.M.U., Recommandations, *Architecture des services d'urgence*, 2005, p.12.

circulations, l'ambiance. Les éléments à privilégier sont intéressants à analyser ainsi que leur ordre d'énonciation : « *qualité des soins, confort, confidentialité, intimité* ». Deux termes concernent les soins - *qualité* et *confidentialité* - et deux termes la personne en elle-même - *confort* et *intimité* -. La qualité des soins est le premier point énoncé, finalité du passage aux Urgences. Le fait d'avoir cité dans cette liste le confort est remarquable. Le terme aurait pu cependant être différent car le confort désigne « *tout ce qui contribue au bien être, à la commodité de la vie matérielle.* »³⁸⁶. Ce terme n'est peut-être pas le plus approprié pour caractériser le souci d'installation d'une personne, malade, sur un brancard par définition peu confortable, mais il est aujourd'hui consacré dans nombre de situations de soins, notamment palliatifs. Indépendamment du choix du terme, citer le *confort* témoigne du souci d'installer correctement la personne, élément primordial appartenant à la qualité des soins. *Confidentialité* et *intimité* sont également incontournables, et d'autant plus importantes à mentionner qu'elles sont souvent délaissées par les soignants accaparés par les soins. En effet, en vue d'optimiser la surveillance, les espaces des services d'urgence sont ouverts, rendant de fait la *confidentialité* et l'*intimité* très relatives. Habités à y travailler, les soignants partagent à voix haute certains éléments relevant pourtant du secret ; leur volonté n'étant pas de rompre le dit secret juridiquement opposable. Ainsi, faudrait-il, afin de respecter la *confidentialité*, installer de nouveau la personne dans une salle d'examen ce qui démultiplierait les allées et venues. La facilité est de s'adresser directement à celle-ci, afin de gagner du temps, attitude certes dommageable mais compréhensible au regard des flux. L'*intimité* est obtenue soit en installant transitoirement le malade dans une salle d'examen, nécessitant une manipulation du brancard, soit pas la mise en place, peu satisfaisante, de paravents ou cloisons amovibles. Au demeurant, les soignants habitués à de telles conditions de travail ne voient plus ces éléments choquant d'emblée le profane. De plus, tout obstacle entre la personne, malade, et le soignant le dissimule à la vue, diminue la surveillance et peut être source de retard en cas d'évènement aigu. Enfin, la notion prévalente demeure la dispensation de soins urgents, aigus, reléguant parfois, hélas, des précautions comportementales importantes.

³⁸⁶ Le Robert, *Op. cit.*

3.1.2.2 Réalité topographique

Cette recommandation officielle de 2005 constitue un cadre à la fois précis et flou. Précis car déclinant les éléments architecturaux nécessaires à un service d'urgences, et flou car non restrictif, permettant de laisser libres les soignants de décider des surfaces, des organisations. Si ce cadre donné par cette recommandation est indispensable, la pratique met en exergue des réalités très différentes d'application car moins *lisses*.

Si les architectures sont coutumières pour les soignants, leur lisibilité est plus obscure pour toute personne étrangère dont la personne, malade. En position couchée, avec pour principal horizon les néons des plafonniers, les locaux correspondent, le plus souvent, à une succession de couloirs, de zones, de pièces, de *box* et à du bruit. Comment comprendre une architecture composée de salles, de couloirs dénommées *zones* ? Le seul élément différenciant ces espaces les uns par rapport aux autres peut être la couleur des murs. A chaque zone, sa couleur. Mais en position horizontale, la préoccupation n'est pas de repérer la couleur picturale. Les malades sont souvent déplacés, sans attribution d'une place tout au long de la prise en charge. Comment intégrer que la progression géographique, au sein d'un espace, où rien ne distingue les personnes les unes des autres, équivaut à la progression de la prise en charge alors que l'attente semble être le seul dénominateur commun ? A ce titre, la zone de tri est significative...les personnes attendent, sont appelées, puis disparaissent, emmenées ailleurs, mais où ? Ce *tri* inaugure le début d'une longue succession de lieux cloisonnés car séparés par des portes ou des zones d'attentes. Ainsi un malade, initialement installé en salle de déchocage, sera ensuite installé en zone scopée puis ira en radiologie accompagné d'un médecin. A son retour, il sera de nouveau dans un *box* dans l'attente du passage du chirurgien, puis partira dans un service d'hospitalisation. Une fois hospitalisé, une *place* - en l'occurrence un lit - lui sera définitivement attribuée. Pareil scénario peut générer incompréhension et perplexité chez les personnes, malades, laissées sans explication, en dehors de la notion d'attente de résultats ou d'avis spécialisé.

Parallèlement à la succession des locaux, s'enchaîne le changement d'interlocuteur. En effet, chaque zone a ses équipes : l'équipe du tri, l'équipe de la zone de soins. Ainsi, sans en être avertie, la personne est sous la responsabilité d'un senior,

lequel a en charge un ou plusieurs interne(s) et externe(s). De plus, ces soignants sont appelés à disparaître lors des changements d'équipe, sans que l'information ne soit systématiquement répercutée auprès de chaque personne, malade ; l'incompréhension voire la confusion étant alors accrues par ces changements imprévisibles.

Des personnels tous habillés de façon identique, *a priori* identifiables au moyen d'un badge, dont la position ne permet pas toujours sa lecture. Alors comment se repérer au sein d'une structure inconnue uniquement éclairée par une lumière artificielle ?

- « *Retournez dans votre box, monsieur s'il vous plaît, demande l'infirmière au monsieur dément qui déambule.*
- *Mon quoi... ? s'exclame le monsieur.*
- *Votre box, monsieur, la salle où vous étiez.*

Déchocage entend-on dans la zone de soins par le haut-parleur. Et de voir nombre de soignants partir comme un seul homme et disparaître derrière des portes battantes, pendant de longues minutes. Des portes qui s'ouvrent laissant voir un attroupement dense.»

Telle une ruche, l'activité est ininterrompue, caractérisée par des passages incessants et un cortège de bruits permanents (passages de brancards, conversations, voire cris) d'intensité variable. Même les zones d'attente, sortes de *bassins de rétention*, bruissent. « [...] *le défilé des blouses blanches est ininterrompu : leur passage est observé par les patients qui sont tentés de les arrêter ou les interpeller. Le personnel doit se déplacer sous l'œil de ceux qui attendent. Situation inconfortable qui donne à la démarche du personnel son style si caractéristique : la décontraction affairée, le regard lointain, en tout cas fixé devant soi car si le regard bascule d'un côté ou de l'autre, il accroche celui des patients avec leurs suppliques muettes ou les soupirs fatalistes de ceux qui n'osent questionner.* »³⁸⁷. Ainsi l'architecture support de l'organisation définit-elle des situations et, conséquemment, certains comportements. Ne pas s'arrêter sous peine d'être sollicité, avoir l'air affairé pour susciter la retenue, le silence des personnes en attente, et ne pas être ralenti.

³⁸⁷ J. Peneff, *Les malades des urgences, Une forme de consommation médicale*, Op. cit., p.72.

Parfois, dans un recoin, du matériel entreposé comme dans un hall d'exposition semble aussi attendre : des brancards alignés prêts à être utilisés recouverts de draps, des chaises roulantes toutes orientées dans le même sens n'attendant plus qu'un signal de départ. Et les téléphones qui, sans cesse, tintinnabulent, rappelant qu'en dehors de cet espace aveugle existe un extérieur, en demande d'informations, de nouvelles.

Ainsi les Urgences sont-elles un lieu particulier de géographie mystérieuse, aux frontières spécifiques, bien que floues. Situées à la fois en dehors du dedans, à savoir la ville, et en dehors du dedans, l'hôpital à proprement parler, le service des urgences ressemble à une enclave ou un îlot. Cet univers, stigmatisé comme la *vitrine de l'hôpital* et où l'accueil devrait être privilégié, ne semble malheureusement pas toujours très hospitalier.

3.1.3 Unité d'action plurielle

3.1.3.1 Panorama général

*« A force de sacrifier l'urgence à l'essentiel, on finit par oublier
l'essentiel de l'urgence. »*

E. Morin, *Ethique, La méthode, Tome 4*, Seuil, 2004.

La médecine d'urgence, la médecine en urgence, est souvent définie par le mouvement, l'action. Plusieurs raisons à cette perception : le visuel, l'auditif, le mouvement.

En premier lieu, la médecine d'urgence est perçue comme voyante et bruyante, parfois même sensationnelle. En milieu extrahospitalier, les véhicules sont repérables, spécifiques, sonores et donc localisables, reconnaissables. Pour être identifiés, pour se signaler, être prioritaires et pouvoir aller au plus vite sur les lieux où les secours sont requis. Souvent, les passants s'arrêtent ou, au moins, regardent ce qui se passe, ne serait-ce que quelques instants. Sorte de théâtre à ciel ouvert, la pièce qui se déroule relève, au moins dans les esprits des spectateurs, de la tragédie, potentielle ou réelle, supposée ou véritable : accident de voiture, drame au sein d'un appartement, arrêt cardiaque sur un quai de métro ou interrogations en tout genre quand les équipes

s'engouffrent hâtivement dans un domicile... Fébrilité, fragilité de la vie dont le néophyte ne saura pas ce qui s'est réellement passé mais aura perçu une tonalité grave.

En intra hospitalier, le service des urgences n'est pas connu pour son calme, sa tranquillité. Bien au contraire, le rythme bruisant pour ne pas dire incessant, bien qu'éminemment variable, participe à sa réputation. Chacun comprend, perçoit d'emblée que l'effervescence est une composante du fonctionnement de ce service, une sorte de pulsation interne. « *Ça bouge tout le temps.* », « *Ça ne s'arrête jamais, même la nuit.* ». Les soignants qui n'y travaillent pas, sont parfois désarçonnés par cette ambiance. L'organisation n'est pas lisible et semble au contraire n'être qu'approximation, voire improvisation permanente. Ballet continu, la moindre pause ou diminution d'activité est très souvent repérée par les personnes, malades, à l'affût de cette véritable chorégraphie. Lorsque le rythme s'apaise, les soignants le perçoivent immédiatement, et disent que « *C'est calme...* ». Mais la simple évocation d'un ralentissement du rythme revêt les atours de la superstition, celle de déclencher la reprise d'activité : « *Il ne faut jamais dire ça, ça porte la poisse !* ». Alors, certains ont des parades langagières « *C'est bien, on peut prendre son temps avec les malades.* ». Pourtant, si l'accalmie s'installe sur quelques jours d'affilée, les soignants s'ennuient presque, ou tout du moins s'en étonnent, voire s'en inquiètent : « *C'est pas bon, ça va repartir de plus belle. On va prendre cher...* ». Les plus jeunes ne comprennent pas mais intègrent vite que ce service a un battement de base spécifique, sorte de rythme interne, dont les variations sont sources de conjectures entre initiés. Dénominateur commun entre l'intra et l'extrahospitalier, pas de rythme feutré, la scansion est omniprésente devenant presque définition de la médecine de l'urgence, dans l'urgence.

Un jeune homme est amené aux Urgences par la police. Déficier intellectuel, il s'est agité au domicile et s'est montré agressif envers sa mère. Appelés, les policiers ont maîtrisé le jeune homme et l'ont amené aux Urgences. A leur arrivée, ayant peur qu'il ne s'agite de façon incontrôlable, les policiers demandent à l'urgentiste de venir l'évaluer. L'urgentiste se dirige vers le camion de police, ce qui l'oblige à passer devant la salle d'attente. Les personnes présentes, comprenant qu'il se passe quelque chose, se lèvent et observent, osant même faire quelques pas en direction du camion pour mieux voir. Monté dans le camion, l'urgentiste découvre un jeune homme menotté, en larmes, fermement maintenu face au sol par trois policiers. En sueur, le jeune homme n'arrive plus à parler.

- « Lâchez-le » demande l'urgentiste
- « Il va s'agiter, vous ne l'avez pas vu tout à l'heure, c'était une furie. Nous n'étions pas trop de quatre pour le maintenir. » répond un policier.
- « Lâchez-le, je suis là. » réitère calmement l'urgentiste. Et les policiers accèdent à cette demande.

Alors le jeune homme aidé de l'urgentiste et d'un policier se met sur le dos puis s'assoit. La salle d'attente n'en perd pas une miette. L'urgentiste parle doucement, cherchant le regard du jeune homme qui semble s'apaiser.

- « Vous allez venir avec moi, calmement. Si vous vous énervez, les policiers seront obligés de vous maintenir comme tout à l'heure. Vous devez donc rester tranquille. Avez-vous compris ce que je viens de vous dire ? ».

Même si le jeune homme ne répond pas, il semble qu'il ait compris. Alors, l'urgentiste l'aide à se mettre debout, et ce dernier accepte d'entrer dans le service. Dans un silence scrutateur, le passage du camion au service est suivi du regard par l'ensemble des personnes présentes dans la salle d'attente. Finalement, le jeune homme expliquera, en larmes, sa colère contre sa mère qui ne voulait pas donner du lait au petit chat. Cet accès de violence n'est pas le premier épisode, le recours à une hospitalisation pour introduire un traitement adapté est indispensable.

Dans cet exemple, aucun geste technique mais une action continue, *fine*, qui se donne à voir sans intentionnalité, et qui procède à part entière du soin. Les soins ne sont pas uniquement technique mais un continuum soutenu d'une action générale composée d'actions parcellaires, plus ou moins significatives, signifiantes. Cette élaboration vaut pour chaque personne, malade, et s'inscrit dans une action collective, constellation de ces actions à échelon individuel.

3.1.3.2 L'omniprésence de l'action

« Agir, c'est connaître le repos. »

F. Pessoa, *Le livre de l'intranquillité*, Christian Bourgeois éditeur, 2011, p.138.

Héros des *Thibault*, Antoine, médecin, porte secours à une jeune fille renversée par une voiture. Pareille situation nécessite des soins urgents. « *Antoine mordait sa lèvre, et, tout en envisageant l'opportunité d'une discussion, il retirait déjà sa veste, et roulait ses manches de chemise au-dessus des coudes ; puis il vint s'agenouiller au bord du lit. Il ne réfléchissait presque jamais sans commencer en même temps à agir, tant il était inapte à soupeser longuement les données d'un problème, tant il était impatient d'avoir pris un parti. Il lui importait moins de ne pas s'être trompé que d'être intervenu avec célérité et audace : penser n'était pour lui qu'un moyen de déclencher l'acte, fut-ce prématurément.* »³⁸⁸. A dessein, l'action est ici décrite de façon nette, séquencée afin de percevoir l'intensité de la situation et l'implication du personnage, ses (ré)actions. L'intervention rapide *avec célérité et audace*, le fait de prendre *un parti* sont autant d'éléments dominants, la réflexion paraissant minimale au risque de l'erreur. Sous l'emprise d'une forme d'impatience, Antoine pourrait sembler confondre, selon l'adage populaire, *vitesse et précipitation*, mais il n'en est rien. Son action semble au contraire précise, dirigée sans hésitation aucune. Intervient alors le geste, conséquent, visible, sorte d'acmé de l'action elle-même. « *En un clin d'œil, il se débarrassa de son gilet, détacha ses bretelles, les rompit d'un coup sec et, s'agenouillant de nouveau, en fit un garrot qu'il noua serré à la naissance de la cuisse.* »³⁸⁹. Le geste du garrot clôt l'action comme un trait symbolique, définitif, sur l'intervention d'Antoine. Ce passage, certes romanesque, illustre à la fois l'urgence vraie mais aussi la réaction de celui qui y fait face, mélange de réflexion et de gestes, en temps successifs scandés.

Mais qu'est-ce qu'une action ? L'action ne serait-elle seulement qu'un résultat visible ?

Mot dérivé du latin *agere* signifiant agir, l'action est par définition « *l'opération ; l'œuvre d'un agent quelconque manifesté par son effet.* »³⁹⁰. L'intervention de cet agent engendre une rupture du temps constituant une forme de commencement³⁹¹ entre un avant et un après, une sorte d'entre deux. La définition complémentaire est « *l'exercice du pouvoir, de la faculté d'agir* »³⁹². Ainsi l'action ne pourrait-elle être désignée et

³⁸⁸ R. Martin du Gard, *Op. cit.*, Folio, 1984, p.332.

³⁸⁹ *Ibid.*, p.333.

³⁹⁰ Le Robert, *Op. cit.*

³⁹¹ B. Saint Sernin, *Précis de l'action*, Paris, Cerf, Collection Passages, 2012, p.9.

³⁹² Le Robert, *Op. cit.*

reconnue uniquement par un effet objectivable, issu de sa réalisation, telle une forme concrète, tangible authentifiant la capacité de l'agent à faire. « Une action est donc une manière de transformer des circonstances en conséquences évaluables. »³⁹³. Cependant, réduire l'action à son seul résultat reviendrait à en éliminer tout un pan pourtant constitutif. En effet, l'action comporte plusieurs phases : l'intention, plus ou moins consciente³⁹⁴, la délibération, la volition et l'exécution³⁹⁵.

Sorte d'étincelle à l'action, l'intention « est activée avant même l'action, même si elle lance l'action »³⁹⁶. Certains auteurs dont John Searle ont distingué l'intention préalable, consciente, précédant l'action et l'intention en action ayant cours au moment de la réalisation de l'action³⁹⁷. Indépendamment des variations théoriques, l'intention correspond aux motivations amenant à envisager une action. Cette intention peut subir certaines modifications selon les capacités de l'individu à pouvoir pratiquement, concrètement, réaliser l'action. « L'intention d'un homme est ce qu'il vise ou ce qu'il choisit ; son motif est ce qui détermine son but ou son choix... »³⁹⁸. Dès lors, toute intention n'est pas inéluctablement suivie d'action, la réalité des capacités et/ou possibilités pouvant faire renoncer à donner suite à l'intention. Secondairement, intervient la délibération, dénommée sagacité selon Aristote³⁹⁹, c'est-à-dire « un état vrai, accompagné de raison, qui porte à l'action quand sont en jeu les choses bonnes ou mauvaises pour l'homme. »⁴⁰⁰. La phase de délibération est donc déterminante car elle est le siège de la raison. Devant prendre en compte le maximum de paramètres de la situation, la délibération peut être plus ou moins longue, selon les circonstances et peut, là encore, faire récuser l'action. Selon Descartes, le virage de l'action serait la volonté du fait de ses caractéristiques : « Car elle[la volonté] consiste seulement en ce que nous pouvons faire une chose ou ne la faire pas, c'est-à-dire affirmer ou nier, poursuivre ou fuir, ou plutôt en ce que pour affirmer ou nier, poursuivre ou fuir les choses que l'entendement nous propose, nous ne sentons point qu'aucune force extérieure nous y contraigne. »⁴⁰¹. La volonté pourrait être assimilée à l'intention et à la

³⁹³ P. Livet, *Qu'est-ce qu'une action ?*, Paris, Vrin, Chemins philosophiques, 2005, p.13.

³⁹⁴ *Ibid.*, p.16.

³⁹⁵ *Ibid.*, p.14.

³⁹⁶ *Ibid.*, p.21.

³⁹⁷ Vanderveken D., *Présentation*, Association Revue internationale de philosophie, 2001/2 n°216, p165-172.

³⁹⁸ G.E.M. Anscombe, *L'intention*, Paris, nrf Gallimard, Bibliothèque de philosophie, 2014, p.54.

³⁹⁹ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, *Op. cit.*, livre VI, chapitre 4 [1140 a 28-b6].

⁴⁰⁰ *Ibid.*, livre VI, chapitre 4 [1140 a 28-b6].

⁴⁰¹ R. Descartes, *Médiations métaphysiques*, IV, Paris, Editions 10/18, 1985, p.223.

délibération mêlées. Toutefois, la volonté est le moment où l'individu va dire oui ou non (« *affirmer ou nier* ») à l'action, aux termes de l'intention puis de la délibération. L'intention aura pu le conduire à envisager une action, la délibération confirmer la nécessité de la réaliser, la volonté permettre, à ce moment précis, d'accepter ou d'en refuser l'exécution. Afin d'aboutir, la volonté se doit d'être solide car elle régule le mouvement d'ensemble de l'action. « *Ce qui importe en l'homme, c'est le caractère de la volonté de l'homme. Si elle est dérégulée, ses mouvements seront déréglés ; si elle est droite, ils seront non seulement irréprochables mais encore dignes d'éloge.* »⁴⁰². L'enjeu est donc non négligeable à chacune de ces étapes.

Ainsi ces trois phases liminaires (intention, délibération, volonté) n'aboutissent pas forcément à l'action, chacune d'entre elles pouvant être limitante. Si au contraire, aucune des étapes n'a invalidé l'action envisagée, alors intervient l'exécution, projetant véritablement l'individu dans le cœur de la dite action. « *Celui qui se lance dans une action largue les amarres non seulement par sa décision, mais surtout par ce qu'introduit d'irréversible et de singulier le déclenchement de l'exécution.* »⁴⁰³. Mener une action, c'est déclencher et enclencher à la fois un processus qui, par ses conséquences, peut possiblement et involontairement échapper à l'auteur sans forcément de retour en arrière possible. « *Ainsi, il n'est absolument pas certain que la pureté des moyens aboutisse aux fins souhaitées, ni que leur impureté soit inévitablement néfaste.* »⁴⁰⁴. C'est la différence entre l'intention initiale guidée par la bienveillance mais appartenant à la projection de l'action, et la réalité secondaire, patente constatant le résultat concret, réel pouvant être supérieur ou inférieur aux projections préalables. Présager d'un résultat néfaste alors que l'intention initiale est juste (au sens d'adéquante) serait hypothéquer l'action et aboutirait, *in fine*, au non-agir.

L'action est *au hasard* dans le sens où sa résultante s'avère plus ou moins hypothétique, placée sous le sceau du (des) risque(s), de l'insuccès, voire de l'échec. Le succès n'est pas inféodé à une action pourtant bien menée, le retour en arrière étant alors, surtout en médecine d'urgence, illusoire. Dans l'urgence, plus la situation est aiguë, plus l'action est impérative mais son résultat incertain en termes de réussite. Nonobstant, le passage à l'action permet de repousser l'appréhension concomitante :

⁴⁰² Saint Augustin, *La cité de Dieu*, Livre XIV, chapitre VI, Paris, Points, Sagesses, 1994, p. 153.

⁴⁰³ B. Saint Sernin, *Op. cit.*, p.10.

⁴⁰⁴ E. Morin, *Ethique, La méthode 6*, Paris, Seuil, 2004, p.41.

« [...] L'action guérit cette sorte d'humeur, que nous appelons, selon les cas, impatience, timidité ou peur. »⁴⁰⁵. A contrario, ne pas agir signifie implicitement une éventuelle difficulté future à s'autoriser à agir, à réagir, telle une retenue qui, en situation d'urgence, pourrait s'avérer périlleuse. « L'action elle-même constitue le plus puissant des appels à l'action et le stimulant le plus irrésistible. »⁴⁰⁶. Agir initie l'action actuelle, mais aussi celles à venir, dans une sorte de continuum venant constituer, au fur et à mesure, l'expérience. « En suite de quoi, me regardant de plus près, et considérant quelles sont mes erreurs (lesquelles seules témoignent qu'il y a en moi de l'imperfection), je trouve qu'elles dépendent du concours de deux causes, à savoir, de la puissance de connaître qui est en moi, et de la puissance d'élire, ou bien de mon libre arbitre : c'est-à-dire, de mon entendement, et ensemble de ma volonté. »⁴⁰⁷. Le sujet régit ses actions à venir par l'analyse de celles passées.

Si l'action peut se dire au passé, elle ne se conjugue, ne se fabrique qu'une seule fois, au présent, *hic et nunc*. Les lectures de l'action, prospective et plus encore rétrospective, participeront à l'expérience, à l'acquisition de connaissances en vue de mieux maîtriser l'action à venir dans son anticipation, la capacité à l'appréhender. Analyser l'action et chercher les erreurs, ses erreurs, relève de l'apprentissage mais aussi de l'introspection, telle que précédemment énoncé par Descartes « *connaître qui est en moi* ». Car l'action a une résultante double : un effet « direct » sur l'objet de l'action, mais aussi l'impact, plus ou moins perceptible, sur son auteur surtout en cas d'échec ; l'interrogation sur le bien-fondé étant alors incontournable. Analyser l'action permet aussi de comprendre l'auteur : « *Il y a plusieurs façons de saisir le moi. D'abord par l'action.* »⁴⁰⁸. Si ce questionnement ultérieur n'appartient pas à proprement parler à l'action, il n'est du moins pas étranger aux actions subséquentes. « *Le médecin, qui soigne un malade, ne guérit pas l'homme, si ce n'est d'une façon détournée ; [...]. Il s'ensuit que, si le médecin ne possédait que la notion rationnelle, sans posséder aussi l'expérience, et qu'il connût l'universel sans connaître également le particulier dans le général, il courrait bien des fois le risque de se méprendre dans sa médication, puisque, pour lui, c'est le particulier, l'individuel, qu'avant tout il s'agit de guérir. Néanmoins savoir les choses et les comprendre est à nos yeux le privilège de l'art bien plus encore*

⁴⁰⁵ Alain, *Les aventures du cœur*, Paris, Paul Hartmann, 1957, p.57.

⁴⁰⁶ S. Weil, *Ecrits de Londres*, Paris, Gallimard, 1957, p.114.

⁴⁰⁷ R. Descartes, *Médiations métaphysiques*, IV, Paris, Flammarion, Le monde de la philosophie, 2008, p.197.

⁴⁰⁸ M. Kundera, *Op. cit.*, p.46.

que celui de l'expérience ; et nous supposons que ceux qui se conduisent par les règles de l'art sont plus éclairés et plus sages que ceux qui ne suivent que l'expérience seule, parce que toujours la sagesse nous semble bien davantage devoir être la conséquence naturelle du savoir. »⁴⁰⁹. Graduellement, l'expérience accumulée peut conférer aux actes médicaux un fin discernement leur consacrant l'appellation d'art, c'est-à-dire d'une maîtrise absolue, laquelle ne pourrait cependant se passer de solides connaissances. L'expérience résume et contient plusieurs savoirs : le savoir théorique, le savoir-faire, le savoir penser et, *in fine*, le savoir être.

Au cours des différentes phases de l'action, prédomine le mouvement. Mouvement invisible ou du moins intérieur, cognitif lors de l'intention, la délibération puis la volition, ou visible quand intervient l'exécution. Ces mouvements, plus ou moins discernables, tous inscrits dans un même ensemble, ont une finalité unique en vue d'aboutir à la réussite de l'action. La notion de mouvement est d'ailleurs contenue dans la définition du mot acte : « *mouvement adapté à une certaine fin, chez l'être vivant.* »⁴¹⁰. Mouvement visible lorsque l'action a lieu ne pouvant cependant à lui seul résumer cette dernière.

La distinction entre action et acte est désormais capitale. L'action est aiguë, ponctuelle car « *opération* », l'acte est plus lent car « *adapté* », s'inscrivant dans la durée. Ainsi l'action est-elle une partie de l'acte, et non l'inverse. La prise en charge aux Urgences est un acte, le geste spécifique, une action.

3.1.3.3 Liens entre urgence et technique

« Si je me demande à quoi juger que telle question est plus pressante que telle autre, je réponds que c'est aux actions qu'elle engage. »

Albert CAMUS, *Le mythe de Sisyphe*, Paris, Gallimard, Folio, 2008, p. 17.

« [...] c'est par l'action que l'homme sort de l'univers répétitif du quotidien où tout le monde ressemble à tout le monde, c'est par l'action

⁴⁰⁹ Aristote, *Métaphysique*, A, 981 a 9-11, trad. Barthélémy Saint Hilaire, Paris, Librairie Germer-Baillière, 1879.

⁴¹⁰ Le Robert, *Op. cit.*

qu'il se distingue des autres et qu'il devient individu.».

Milan KUNDERA, *L'art du roman*, Paris, Gallimard, Folio, 2002, p.36.

Passer à l'action, agir, est donc le moment où l'on fait *concrètement* quelque chose et où l'on est, précisément, occupé à exercer son métier⁴¹¹. L'une des caractéristiques du métier d'urgentiste est d'avoir à (ré)agir vite et d'escompter un effet, un résultat qui, parfois, pourra ne pas être tel qu'attendu. Cet état de fait n'est certes pas l'apanage de la médecine d'urgence mais l'action en médecine d'urgence est palpable, car aiguë et d'autant plus visible que cette action se joue dans un espace frontière, limitrophe entre ville et hôpital.

Un homme d'une quarantaine d'années s'approche doucement du guichet. Pâle, il désigne sa poitrine à l'agent

- *Que vous arrive-t-il monsieur ?*
- *Je ne me sens pas bien depuis hier soir.*
- *Je vais vous allonger et vous faire entrer dans le service.*

L'agent s'apprête à aller chercher un brancard quand le monsieur s'écroule, inanimé. Les « choses » s'enchaînent à vive allure, non sans bruit, car il faut appeler à l'aide, mettre le monsieur sur le brancard, vite. De la salle d'attente, la scène est visible et captive l'attention de tous. Chacun « veut » voir, ne veut rien « rater ». Certains se sont même levés pour mieux voir, comme pour vivre la situation d'un peu plus près ou tout du moins l'apercevoir (la percevoir). Les portes s'ouvrent, le brancard disparaît.

Salle de déchocage : les manœuvres de réanimation mobilisent l'énergie d'une partie des soignants, ralentissant de fait la prise en charge des autres malades déjà présents.

- *On lui passe encore 1 milligramme d'adrénaline s'il te plait. Mais après on s'arrête s'il ne repart pas. On en est à 40 minutes de massage...*

Malgré les efforts de tous, le monsieur ne sera pas « récupéré ». L'urgentiste devra alors prévenir les proches de ce décès brutal.

⁴¹¹ Le Robert, *Op. cit.*

Une des actions des plus intenses est sans nul doute la réanimation cardio-respiratoire d'un sujet jeune. L'inéluctable est patent, la mort s'invite, rôde. Tergiverser est impensable et, bien plus, relèverait de la faute majeure. L'action est la seule voie possible, projetant les soignants vers une issue inconnue bien que leur finalité soit de sauver le malade. « *Agir c'est s'engager et s'engager c'est prendre des risques.* »⁴¹². L'analyse est réduite à sa plus simple expression : arrêt cardio-respiratoire nécessitant l'enchaînement de gestes techniques précis, ciblés, de prescriptions. Peu importe le risque. Véritable tourbillon à elle toute seule, l'action *emporte* l'impression générale car elle stigmatise l'urgence. Malgré un déroulement conforme aux recommandations et adapté à la situation, la résultante pourra être, comme dans ce récit, le décès. Le sentiment d'échec peut alors s'imposer et ce, même si l'analyse rationnelle, *a posteriori*, met en lumière les éléments initiaux de gravité, l'attitude adaptée des soignants et l'issue largement pressentie. Durant ce temps, rien d'autre n'a compté que cette personne à sauver, l'action, centrale, a pris *toute la place*. Au terme de l'action, le temps semble suspendu au sein des Urgences, laissant chaque soignant en apesanteur, étranger et indifférent au flot quotidien, aux personnes pourtant en attente de soins.

Francis Jauréguiberry décrit parfaitement la perception de l'urgence et l'irruption de l'action qui en découle : « *L'urgence naît toujours d'une double prise de conscience : d'une part, qu'un pan incontournable de la réalité relève d'un scénario aux conséquences dramatiques ou inacceptables et, d'autre part, que seule une action d'une exceptionnelle rapidité peut empêcher ce scénario d'aller à son terme...Dit autrement, on court à la catastrophe si rien n'est immédiatement mis en œuvre.* »⁴¹³. Afin d'éviter l'irréparable, l'action, d'autant plus en contexte d'urgence vitale, ne souffre aucun retard, sans toutefois devoir assimiler, pour ne pas dire amalgamer urgence et vitesse. « *Pour commencer, par les deux plus souvent confondues, l'urgence et la vitesse, on peut dire que l'urgence, qui implique l'idée de devoir agir sans délai, nécessite d'aller vite, pour résoudre le problème posé. Mais l'inverse n'est pas vrai. Ce qui va vite n'est pas forcément urgent.* »⁴¹⁴. L'urgence requiert la rapidité mais la rapidité ne traduit pas toujours l'urgence. L'action participe à la médecine d'urgence, médecine dont l'essence et la finalité première sont de remédier à l'inéluctable, mais

⁴¹² J. Baldwin, *La prochaine fois, le feu*, Paris, Folio, 2018, p.31.

⁴¹³ F. Jauréguiberry, *Télécommunications et généralisation de l'urgence*, Sciences de la Société, n°44, mai 1998, 83-96.

⁴¹⁴ N. Aubert, *Op. cit.*, p.33-34.

l'action ne constitue qu'une composante de la réaction à l'urgence et ne saurait la résumer, sous peine de la caricaturer. Car les territoires de l'urgence sont protéiformes et rassemblent des étapes distinctes ne comportant pas toutes d'action à proprement parler. « *L'urgence est (d'ailleurs) elle-même une notion aux contours enchevêtrés. Elle désigne à la fois, d'abord, une situation (urgence contextuelle), ensuite un jugement porté sur cette situation (urgence subjective), et enfin une action tendant, en fonction de ce jugement, à remédier à cette situation (réaction immédiate).* »⁴¹⁵.

Il apparaît dès lors que les actions peuvent être distinguées par leur dimension technique : celles avec intervention(s) technique(s), celles avec intervention(s) non technique(s). Pourquoi recourir à la qualification technique de l'intervention et non pas se contenter de dire *avec ou sans intervention* ? Cette catégorisation de l'action via la notion d'intervention « qualifiée » stipule que toute action est intervention. De plus, considérer que l'intervention est technique ou non introduit la notion du geste spécifique. En effet, si la classification retenue était *avec ou sans intervention technique*, seul le geste technique serait valorisé car rendu emblématique. Dès lors, le geste non technique ne serait pas considéré en tant que tel, et aurait tendance à ne pas être perçu et donc à l'éluder. Or, le geste élémentaire - correspondant à un simple mouvement humain, telle la poignée de main - n'est pas moins noble que le geste technique, même s'il peut sembler accessoire au regard d'une technique salvatrice.

Le geste technique repose sur un savoir puis, à force d'être répété au cours de l'apprentissage, vient participer au savoir-faire sans en représenter la totalité. Le geste technique a un caractère fascinant, notamment pour les plus jeunes, et finit, dans leur narration, par prévaloir sur la totalité de l'action. Les internes évoquent entre eux les services *qui bougent beaucoup*, prenant pour indicateur le nombre d'intubations, décomptant les arrêts cardiaques ayant émaillé leur stage, recensant les anecdotes trépidantes où la technique fut périlleuse (drainage de pneumothorax, trachéotomie d'urgence en salle de déchocage par exemple). Epicentre de l'action, la performance technique a *la vedette*, prenant le pas sur l'action complète, à savoir l'analyse pondérée de la situation, le raisonnement définissant la juste indication et le moment opportun d'un éventuel geste technique.

⁴¹⁵ *Ibid.*, p.36.

« C'était génial aujourd'hui, on a intubé deux fois », dit une jeune interne dont c'est le premier stage.

Ainsi existe-t-il une confusion délétère entre acte, action et technique reléguant le geste non technique, dévoyant l'action avec intervention non technique, ensevelissant l'acte. Intuber un malade leur semble plus valorisant que de faire un diagnostic difficile, au moins dans un premier temps. Pourtant, intuber un malade sans discernement serait une erreur notoire, pour ne pas dire dangereuse. Seul un agir adapté à l'individu, à sa situation particulière prépare et autorise à la fois le geste technique et son application concrète.

3.1.3.4 Analyse de l'acte de médecine d'urgence

« L'action risque non seulement l'échec mais aussi
le détournement ou la perversion de son sens. »

E. Morin, *La méthode 6, Ethique*, Seuil, 2004, p.41

Le geste, simple ou technique, appartient à l'action et l'action à l'acte médical. Le centre de l'acte, à savoir la prise en charge de la personne, malade, constitue véritablement la *dialectique soignante* constituée de temps successifs. Par analogie théâtrale, ces temps successifs, véritables actions à part entière, pourraient être assimilés à des scènes à la finalité propre. Chaque temps est dépendant en faisant suite au précédent et (re)lié au temps suivant afin de constituer, *in fine*, l'acte. Fragmentaire de l'acte, chaque temps est marqué par le mouvement vers la personne, malade, et participe au mouvement général de l'acte. Ces temps doivent être investis comme des actions à part entière et ne pas être ni considérés, ni perçus comme des séquences isolées, mais bien plus comme les sous-parties d'un continuum dessinant l'acte médical. Ainsi pourraient-ils être dénommés *temps-action(s)*.

Cette expression *temps-action(s)* synthétise à la fois la notion fragmentaire via le mot temps, une séquence, mais n'efface pas le mouvement contenu dans le terme action. Le mot action est à la fois singulier, car chaque temps est une action, et pluriel

puisque l'ensemble des actions vient construire l'acte. Enfin, le trait d'union reliant les deux mots permet de symboliser l'attachement de chaque temps à l'action et leur caractère indissociable. Aucun moyen ne vient médier cette mise en contact de l'un avec l'autre, de l'un et l'autre, de l'un envers l'autre. « *L'action, la seule activité qui mette directement en rapport les hommes, sans l'intermédiaire des objets ni de la matière, correspond à la condition humaine de la pluralité, au fait que ce sont des hommes, et non pas l'homme, qui vivent sur la terre et habitent le monde.* »⁴¹⁶.

Plusieurs *temps-action(s)* seront envisagés et énoncés ci-après :

- le *temps-action(s)* du premier contact de dominante visuelle ;
- le *temps-action(s)* de la parole et de l'écoute marqué par l'aspect auditif ;
- le *temps-action(s)* physique, clinique où la dimension physique, le contact corporel prédominent ;
- le *temps-action(s)* réflexif, isolé tant pour le soignant que pour la personne, malade ;
- le *temps-action(s)* conclusif, de synthèse.

A dessein, les éléments sensoriels de chaque *temps-action(s)* sont ici mis en relief. La sollicitation des sens est distincte de celle d'une rencontre *ordinaire*, car elle induit et accroît à la fois, la mobilité du soignant vers la personne, malade, et inversement. Ainsi, le *contour* de la personne, malade, se dessine peu à peu, le *temps-action(s)* physique étant crucial et très spécifique de l'acte médical. Chacun de ces *temps-action(s)* génère une étape ultérieure liée à l'avancement de l'action générale dans un mouvement progressif.

3.1.3.5 Distinctions entre agir et faire

L'action en médecine d'urgence donne la sensation de *faire quelque chose*. Pourtant ce *faire quelque chose* est inapproprié car « [...] le faire est un moyen de

⁴¹⁶ H. Arendt, *Condition de l'homme moderne*, Paris, Calmann-Lévy, Pocket, 2012, p.15-16.

produire un objet. »⁴¹⁷. En situation d'urgence, la ligne directrice est guidée par l'agir, impulsé par l'intention, sans pour autant en exclure ponctuellement le faire. La distinction repose sur la médiation par l'intermédiaire d'objet(s), lesquels excluent l'agir mais signent le faire. « *Agir, au sens le plus général, signifie prendre une initiative, entreprendre (comme l'indique le grec « archein » « commencer » « guider » et éventuellement « gouverner »), mettre en mouvement ce qui est le sens originaire du latin agere.* »⁴¹⁸. Or, en médecine d'urgence, l'initiative est fondatrice.

Une jeune femme a fait une chute en roller. Elle a d'emblée ressenti une vive douleur au niveau du fémur lui faisant craindre une fracture ce d'autant qu'elle dit avoir perçu un craquement très net. L'examen clinique révèle une cuisse nettement augmentée de volume. Avant de partir en radiologie, la patiente est perfusée, reçoit des antalgiques par voie veineuse. Parallèlement, une attelle plâtrée postérieure est faite à visée d'immobilisation et d'antalgie.

La finalité générale est d'agir mais l'action peut être inscrite, au moyen d'un geste technique, dans le faire. Cet exemple montre cette complémentarité entre l'agir général, qui consiste en l'acte médical (prendre en charge une personne présentant une fracture du fémur) et le faire (fabriquer une attelle plâtrée postérieure). L'ensemble de ces actions (examiner, prescrire, perfuser, faire l'attelle) a été réalisé par plusieurs soignants. « *L'action, en tant que distincte de la fabrication, n'est jamais possible dans l'isolement ; être isolé, c'est être privé de la faculté d'agir.* »⁴¹⁹. L'acte médical repose sur l'agir constitutif des *temps-action(s)* lesquels peuvent contenir du faire.

La médecine d'urgence fonctionne par maillage, à savoir la répartition des tâches, tant à l'échelle macroscopique généralement appelée *chaîne de survie*, que microscopique au sein de chaque service d'urgences. La confusion entre l'agir et le faire est fréquente, sans doute parce que le faire est visible et l'agir plus discret. Faire une attelle plâtrée est plus démonstratif qu'agir pour l'acte médical. « *Mais faites quelque chose. Vous ne faites rien !* » peut-on entendre, parfois, dans les zones de soins. La médecine d'urgence comporte du faire mais le faire ne constitue pas le corpus de cette médecine, sans toutefois y être totalement étranger. L'agir, nourri en partie du

⁴¹⁷ H. Arendt, *Op. cit.*, p.237.

⁴¹⁸ *Ibid.*, p.199.

⁴¹⁹ *Ibid.*, p.246.

savoir théorique, appartient au savoir-faire et au savoir penser, le geste, du ressort du faire et partie de l'agir, est l'application d'un apprentissage, d'un savoir-faire. La réflexion définit un mouvement intérieur, appartenant à l'action, le geste est la traduction visuelle du mouvement extérieur souvent secondaire à la réflexion, le tout constituant l'agir. L'agir et le faire sont donc intimement liés.

L'acte médical naît de l'intention révélatrice de chaque soignant. « *En agissant [et en parlant], les hommes font voir qui ils sont, révèlent activement leurs identités personnelles uniques et font ainsi leur apparition dans le monde humain, alors que leurs identités physiques apparaissent, sans la moindre activité, dans l'unicité de la forme du corps et du son de la voix.* »⁴²⁰. L'action procède de l'agir et/ou du faire, et s'inscrit dans l'acte telle une « signature » de celui/ceux l'ayant généré, signature sans doute d'autant plus perceptible qu'elle se confronte à la personne, malade, en situation aiguë. « *Cette qualité de révélation [de la parole] et de l'action est en évidence lorsque l'on est avec autrui, ni pour ni contre - c'est-à-dire dans l'unité humaine pure et simple.* »⁴²¹. L'action est d'autant plus révélatrice que sa temporalité est réduite. L'agir revêt la fonction de lien entre l'agent et le destinataire de l'action. A ce titre, la *dialectique soignante* fait partie de l'agir, et doit être considérée comme utile, à savoir être envisagée et pensée, comme ayant cette fonction de lien.

3.1.3.6 Action de crise

Il faut cependant distinguer l'action ordinaire, substrat du quotidien, de l'action extraordinaire liée, par exemple, à l'irruption d'un événement de grande ampleur. Cet événement est soit officiel, via le déclenchement d'un plan dit de crise ou plan blanc, soit plus officieux lorsqu'aucune mesure spécifique n'est instaurée, l'évènement étant d'importance moindre. L'épisode caniculaire de 2003 fut un événement de grande ampleur, une crise ayant concerné l'ensemble du territoire national, chaque service d'urgences ayant été partie prenante de la gestion

Aout 2003. Cela fait déjà un bon moment qu'il fait chaud, anormalement chaud. Et d'un seul coup, le thermomètre s'affole, s'emballe à tel point que nombre

⁴²⁰ *Ibid.*, p.236.

⁴²¹ *Ibid.*, p.236.

de malades arrivent aux Urgences pour fièvre. Les « petites » urgences ne fréquentent plus les couloirs du service. Manque de lits mais de façon encore plus cruciale que d'habitude. Alerte précoce lancée auprès de l'administration. Et puis le mot est lâché : plan blanc. Réunion quotidienne de la cellule de crise. Cette fois-ci c'est le responsable de la morgue qui prend la parole en premier pour annoncer que deux camions frigorifiques ont été loués, la morgue étant pleine « à craquer ». Les corps sont donc « hébergés » dans ces véhicules.

- *Le problème c'est qu'il nous faut du temps pour pouvoir les présenter aux familles.*

L'effroi est perceptible, venant alourdir la sensation de catastrophe.

L'évènement causal (hausse majeure des températures avec faible amplitude entre le jour et la nuit durant plusieurs jours d'affilée) échappait à une intentionnalité malveillante (type attentat) ou à une erreur humaine (type accident). Une *simple* vague de chaleur sans précédent, engendrant la mise en danger des personnes, non seulement les plus fragiles, mais aussi de la population toute entière. Non perceptible dans l'instant, l'afflux de personnes aux Urgences a alerté les soignants aguerris bien avant que les pouvoirs publics ne s'en saisissent. L'urgence était alors de faire face à cet afflux accru, sans possibilité de l'appréhender, avec pour caractéristiques un début progressif et une fin totalement imprévisible. En effet, quand ces températures extrêmes allaient-elles redevenir normales ? Personne ne le savait, y compris les autorités compétentes en la matière. Soigner dans l'ignorance de la durée et sans aucun périmètre de ce sinistre conférait à cette situation de crise un caractère particulier, ce d'autant qu'il ne s'agissait pas d'une catastrophe au sens classique du terme.

L'aspect quantitatif est venu heurter la caractéristique qualitative, celle de la performance d'avoir *réussi* à soigner *tout le monde* en faisant de son mieux, en donnant *le meilleur de soi-même*. Le temps ne semblait plus morcelé mais unifié. L'attribution de l'espace même du service n'était plus identique, il avait fallu composer avec l'afflux, trouver des solutions, fussent-elles transitoires, voire éphémères. Les comportements de chaque soignant se modifiaient pour faire face, allant jusqu'au dépassement de soi. « *Ces professionnels démontrent à tout moment leur capacité à vaincre le temps et*

l'espace pour venir en aide [...] »⁴²². De plus, les soignants étaient eux-mêmes, et pour cause, exposés en permanence à ces conditions extrêmes, rendant les conditions de travail pénibles. Chaque service d'urgences, puis chaque hôpital, s'est organisé avant même le déclenchement national du plan blanc. Une organisation drastique était obligatoire pour aboutir à la performance au regard du flux. « [...], l'évènement inattendu, brutal, imprévisible, contribue à la fois à attiser le sentiment d'urgence déjà présent au sein de l'organisation puis à rendre impérative une décision immédiate pour rétablir l'ordre précédent. »⁴²³. Les soins non urgents, exclus de ce nouveau quotidien, la population ayant bien compris la gravité de la situation, mirent quelques jours avant de réapparaître une fois l'épisode terminé. Ce tri était spontané, dénué de toute intervention professionnelle, en dehors des régulations du SAMU qui indiquaient à la population de ne pas se rendre aux Urgences pour des motifs inadaptés afin d'éviter toute surcharge.

La crise, sorte d'étalon, ne définit pas ni ne redéfinit l'urgence, mais lui redonne sa nature véritable, celle de la mise en péril de la vie, d'être au plus près du précieux. « *La crise est alors la phase ultime de l'urgence, où se combinent de façon dynamique : l'importance des enjeux, l'incompréhension des événements, la contraction brutale du temps de réaction et la nécessité d'une action immédiate.* »⁴²⁴. L'acte médical revêt une caractéristique de dépassement dans son intensité, sa temporalité. La perception de la crise par chaque soignant pourra être différente mais aura pour dénominateur commun d'avoir marqué les mémoires, telle une empreinte symptomatique de son ampleur, et/ou de sa gravité. En effet, la crise peut être à l'origine d'une forme de sidération, les équipes ne sachant plus ni quoi faire, ni comment faire. Les procédures spécifiques prennent alors toute leur importance sous le contrôle d'une hiérarchie se devant de décider vite, et de façon idoine.

Janvier 2015 - L'hyper casher vient d'être libéré. Les victimes vont arriver en période de garde. Au moment où l'annonce a lieu, leur nombre est encore inconnu. L'information majeure est l'absence de blessés physiques parmi les otages. Les soignants seront donc face à ces personnes, retenues pendant plusieurs heures par un terroriste armé. Certains membres de l'équipe, déjà présents quelques jours

⁴²² N. Aubert, *Op. cit.*, p.184.

⁴²³ *Ibid.*, p.193.

⁴²⁴ *Ibid.*, p.194.

auparavant, lors de l'attaque du journal Charlie Hebdo, semblent démunis. Pourtant, tous vont trouver la ressource nécessaire pour accueillir les victimes, leur apporter une forme de réconfort, leur présence.

En pareilles circonstances, l'action prend une résonance particulière, par les circonstances terroristes, mais aussi par l'absence de geste technique à entreprendre, pas de soins au sens physique. La dimension éthique est alors incontournable. Le temps n'est plus perçu, il est *dépassé* par la connotation dramatique, par l'intensité du face-à-face. Toutes les victimes sont reliées par un seul et même évènement, mais chacune a son vécu, ses réactions, ses expressions ou son silence. Chaque soignant doit alors trouver le meilleur moyen d'établir un contact, puis une présence pour apporter du soin, cette attention si particulière, partie constitutive de l'agir.

3.2 Paysage en fuite

3.2.1 Dilution de l'humain

3.2.1.1 Pour les malades

La consultation dans un service d'urgences est le plus souvent motivée par la perception de l'urgence, c'est-à-dire la nécessité imminente, pour ne pas dire immanente, d'avoir besoin de recourir à un médecin. Faisant suite à un ou plusieurs évènement(s) physique(s) et/ou psychique(s), d'interrogation(s) secondaire(s), la nécessité de consulter s'impose soit après un premier avis médical, soit spontanément. Les Urgences, ouvertes jour et nuit, sont un lieu de recours, de secours où le sentiment dominant partagé par les consultants, leurs proches est celui de l'angoisse. « *L'angoisse est peut-être l'effet le plus général de tout contact avec la technique médicale.* »⁴²⁵. Surtout quand cette technique médicale est inconnue bien que vulgarisée, commentée, montrée par les médias. Angoisse de ce qui arrive, de ce qui va advenir immédiatement ou dans un futur plus ou moins proche, désorientation par rapport au temps, les personnes semblent perdues entre passé irrémédiable, présent aléatoire, futur incertain. « (...) *désorientée, comme ces patients inquiets, allongés sur*

⁴²⁵ I. Illich, *Némésis médicale, L'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 1975, p.40.

un brancard, attendent dans l'angoisse de savoir ce que le médecin leur réserve. »⁴²⁶.
L'angoisse initiale, d'intensité variable pouvant aller de la légère inquiétude à la panique absolue, ne trouve pas toujours, dès l'arrivée dans le service d'urgences, d'apaisement. En effet, le premier contact est marqué par la sollicitation de la vue, de l'ouïe et parfois même de l'odorat.

Visuellement, la perception première est celle d'un mouvement plus ou moins permanent, d'une forme d'empressement. Nombre de personnes, debout ou couchées, certaines attendent, d'autres ne font que passer, s'affairent avec célérité, le sens de leurs déplacements ne semblant pas contenir une quelconque logique. Cette impression visuelle est assortie de sons, tel un paysage auditif révélateur, sorte de pulsation illustrant le visuel. Pour trame de fond, des sonorités de fonctionnement, le téléphone de l'accueil, le bruit des portes du sas, les moteurs des véhicules qui arrivent, des portières qui claquent. Des paroles plus ou moins intelligibles, des éclats de voix, et parfois, un malade qui crie, amené par la police, menotté... L'odeur du service, à la fois caractéristique et indéfinissable, est particulière, mélange de désinfectants et d'odeurs corporelles évoluant tout au long de la journée. Certains événements, telle la fête de la musique par exemple, sont d'ailleurs révélés par ces effluves. Au milieu de ce flux, de ce flot, la sensation d'être perdu, voire oublié, émerge rapidement pour la personne, malade, en attente.

- *« On m'a oubliée ? demande la dame arrivée depuis une heure. L'infirmière la rassure lui expliquant que cela ne sera plus très long et « qu'on » n'oublie personne.*
- *Je demande parce que plein de gens sont passés devant moi alors que j'étais arrivée avant.*
Il lui sera expliqué le fonctionnement par ordre de priorité, et non d'arrivée.
La dame attendra, faisant tout de même remarquer qu'elle est au moins aussi malade que ceux passés avant elle, et qu'en plus, elle est plus vieille.
- *Alors, quand même un peu de respect pour les anciens, ce serait bien... ».*

Après les formalités d'inscription au guichet d'accueil, le premier contact avec l'infirmière organisatrice de l'accueil rompt transitoirement la sensation d'être délaissé.

⁴²⁶ M. Enard, *Remonter l'Orénoque*, Paris, Babel, Actes Sud, 2016, p.128.

Chacun sera vu, l'ordre de passage étant fonction de la gravité évaluée dès l'arrivée, par le motif d'inscription puis par l'infirmière organisatrice de l'accueil. De cette évaluation, concrétisée par un score de tri, découle l'organisation ultérieure en termes de délai de prise en charge. Au demeurant, cette organisation n'apparaît pas limpide et semble plutôt tacite. Le nom de celui ou celle en attente de soins se fait rare, tandis que les indications pratiques, préhensibles directement (un motif de consultation, une échelle de tri, quelques éléments d'interrogatoire, une localisation géographique) sont énoncées.

« Qu'est-ce que tu amènes ? Je t'écoute... »

Une dame de 59 ans venue pour douleurs abdominales évoluant depuis 3 jours sans fièvre, sans trouble du transit. Les constantes sont bonnes. Je l'ai mise en zone d'attente. Pas de voyage hors de France.»

A ce stade, l'identité administrative est reléguée voire évincée. La rapidité prime, l'essentiel prend le dessus, sans doute par réflexe professionnel. Cet état de fait existe tant à l'échelon individuel que collectif. Ainsi s'opère une sorte d'échange, de troc : sont attribuées à la personne, malade, des éléments caractéristiques d'ordre médical en lieu et place de l'identité civile. La pathologie, ou à défaut les symptômes, deviennent une forme d'identité individuelle, provisoire venant s'ajouter à l'identité propre, voire même la distancer, s'y substituer. A l'échelon collectif, se crée une sorte d'identité liée au groupe ou à la journée, reliée à la charge en soins.

« C'est lourd aujourd'hui, ils sont tous vraiment malades. ». Ou à l'inverse
« Mais qu'est-ce qu'ils ont aujourd'hui à tous venir en même temps ! ». Ou encore,
« C'est bizarre, on a que des douleurs abdo, pourtant c'est pas les fêtes de fin d'année... ».

La journée s'égrène. Les conversations brèves s'échangent entre soignants.

- *« Tu en es où pour la dame de 59 ans, la dame de la douleur abdo. Son époux demande des nouvelles à l'accueil.*
- *Laquelle parce que j'en ai deux qui ont mal au ventre ?*
- *Je n'ai pas retenu son nom, attends, je demande au mari... Madame X, celle qui est là depuis 3 heures*

- *J'attends le scann. Ils sont en panne. Il ne manque plus que ça pour ensuite appeler le chir. J'ai la bio qui est normale. Dis au mari qu'il faut éliminer un problème chirurgical.*
- *Ok, merci. Je dis au mari qu'elle va avoir un scann... ».*

La perte d'identité, tout du moins pour les soignants ne s'occupant pas directement de la personne, perdure. L'intentionnalité n'est pas d'oublier la personne mais, à ce moment-là, la préoccupation spécifique se fixe sur la possibilité de pouvoir aboutir au diagnostic et donc l'obtention des examens complémentaires. Les pathologies servent d'accroche pour s'y retrouver, les circonstances également (*un scanner en attente pour une douleur abdo*). Ainsi, les éléments médicaux viennent-ils dissimuler la personne, pérennisant la dilution identitaire, voire l'occulter pour les soignants non directement en charge de la personne.

« Je t'appelle pour un lit. Si tu n'en as pas, je cherche ailleurs. ».

Nulle autre précision, l'appel semble fondé sur l'unique nécessité du lit, de la place. Pourtant, la motivation de cet appel est le souci d'orienter correctement le malade, d'être aussi efficace que possible. Toutefois, cette dissimulation apparente de la personne derrière le lit, véritable dérive, génère involontairement une nouvelle dilution. Rester aux Urgences au-delà d'un délai *raisonnable* est le plus souvent source d'incompréhension pour les personnes, malades. Incompréhension d'autant plus grande qu'elle semble incongrue, inconcevable lorsque l'hôpital comporte un nombre conséquent de lits. Cette position d'attente est une véritable suspension, exacerbée par des conditions peu hospitalières. L'image de la bande d'arrêt d'urgence est assez idoine : une zone d'attente bruyante, éclairée à toute heure, en activité permanente, des passages quasi-incessants (malades ou soignants). Lors des périodes d'attente, l'immobilité est d'autant plus perceptible que les malades sont comme mis de côté (sans connaître le terme de cette attente qu'il s'agisse de sa durée, de son issue), assistant dès lors aux mouvements des soignants.

La garde arrive, la patiente de 59 ans a finalement été hospitalisée, non sans effort, en chirurgie, pour une appendicite.

Transmissions à 18 heures : « On n'a pas arrêté aujourd'hui, on a mangé en 10 minutes. C'était l'enfer, j'espère que la garde sera plus calme pour vous. Par contre, y'a aucune place pour la nuit. Bon courage. ».

Si cette narration en quelques traits peut s'apparenter à des instantanés, des brèves, elle traduit néanmoins un élément non négligeable : *la dilution* liée, tel le phénomène chimique du même nom, à la diminution de la concentration. Si les personnes, malades, ne dénomment pas ainsi ce phénomène, elles le perçoivent aisément, l'exprimant de manière plus ou moins explicite. D'une réflexion signifiant l'oubli ressenti à l'irruption de la colère, certaines d'entre elles signifient leur perception de cet état de faits : ne pas être sujet de suffisamment d'attention ; l'attente majorant cette impression. Involontairement, les soignants pris par l'action, par le rythme, ne peuvent faire autrement que d'aller à l'essentiel. La finalité consiste à soigner tout le monde en cherchant à éviter l'omission d'un élément, et, par là même, l'erreur potentielle. La venue de la dame (la *douleur abdo*) n'aura pour trace pérenne que son inclusion dans un flux journalier, une partie du chiffre d'activité globale. La dame, sorte de partie d'un tout, n'est qu'une individualité diluée, pour ne pas dire noyée, au sein d'une masse composée d'individus avec, pour point commun, d'avoir consulté le même jour.

Ce phénomène de dilution est un marqueur de fonctionnement d'un système, et procède de la prépondérance d'un élément sur un autre (plus que par rapport à un autre) :

- *la prépondérance professionnelle sur l'aspect personnel* : la caractérisation de la personne par les symptômes, le diagnostic plutôt que par le nom révèle l'artifice professionnel mettant de côté l'identité administrative. L'intentionnalité n'est pas d'occulter le sujet de l'attention, la personne, malade, mais, au contraire, de la soigner. Cette dilution s'apparente à un mode d'encodage de l'information ayant pour finalité de connaître la charge en soins, la gravité... Cet ancrage en langage professionnel n'est d'ailleurs pas sciemment réalisé pour évincer les personnes, malades. Toutefois, si la personne n'a rien de concret pour l'interlocuteur, tant que le premier contact n'a pas eu lieu, elle prend place, dès la mise en présence, par un visage, une histoire. Car la rencontre révèle plus que la personne, l'Homme. « *Qu'est-ce que l'homme ? [...] Il est*

la force de l'évidence. »⁴²⁷. La seule identité administrative ne saurait contenir cette force de l'évidence, quasi-sacrée, moteur des soins. « *Il y a dans chaque homme quelque chose de sacré. Mais ce n'est pas sa personne. Ce n'est pas non plus la personne humaine. C'est lui, cet homme, tout simplement.* »⁴²⁸.

- *la prépondérance du nombre sur le singulier* : le pluriel, symbolisé par le flux, efface au moins en apparence le singulier, chaque personne, malade. Une analogie photographique permettrait de dire qu'il n'y a pas de portrait, juste des instantanés d'un groupe. Ce collectif est composé de chaque personne, malade, indistincte en vue panoramique mais perceptible uniquement lors d'un focus, c'est-à-dire lors du face-à-face. A plus long terme, la marque mémorielle est liée à certains éléments distinctifs, une histoire singulière, une situation inhabituelle, un diagnostic exceptionnel. La singularité semble ponctuelle et, de fait, diluée, la pluralité permanente car omniprésente. Toutefois, cette dilution s'efface, devient caduque lors de chaque prise en charge, le soignant s'occupant, se préoccupant alors du singulier. « *Chez l'homme l'altérité, qu'il partage avec tout ce qui existe, et l'individualité, qu'il partage avec tout ce qui vit, deviennent unicité, et la pluralité humaine est la paradoxale pluralité d'êtres uniques.* »⁴²⁹. Parler du flux de façon fréquente révèle, et instille à la fois, la prépondérance du collectif sur l'individu. Or, ce collectif n'est que le regroupement de personnes, d'autant plus singulières que chaque cas est distinct. « *Le langage, même chez l'homme qui en apparence se tait, est toujours ce qui formule les opinions. [...] Le langage énonce des relations.* »⁴³⁰. Ainsi, l'acte langagier rendrait-il prisonnier en englobant l'individualité de chacun dans un ensemble, le flux, risquant de confiner le raisonnement au groupe. Pourtant, seule la conscience éthique, la conscience de l'autre est susceptible d'inverser cette prépondérance, remplaçant la singularité comme supérieure au pluriel. En effet, cette inversion de l'individu sur le collectif procède de la communication et de l'écoute. « *Mais seul l'homme peut exprimer cette distinction et se distinguer lui-même ; lui seul peut se communiquer au lieu de communiquer quelque chose, la soif, la faim, l'affection, l'hostilité ou la peur.* »⁴³¹. Et par l'écoute, le soignant comprend : « *Ecouter quelqu'un, c'est se mettre à sa place pendant qu'il parle.* »⁴³².

⁴²⁷ A. Camus, *Lettres à un ami allemand*, Paris, Gallimard, Folio, 2015, p.39.

⁴²⁸ S. Weil, *La personne et le sacré*, Paris, Rivages poche, Petite bibliothèque, 2017, p.26.

⁴²⁹ H. Arendt, *Op. cit.*, p.232.

⁴³⁰ S. Weil, *La personne et le sacré*, *Op. cit.*, p.67.

⁴³¹ H. Arendt, *Op. cit.*, p.232.

⁴³² S. Weil, *La personne et le sacré*, *Op. cit.*, p.72.

Ecouter quelqu'un, c'est le percevoir, construire la rencontre, la conscience éthique intégrant les éléments humains simultanément aux éléments médicaux. Cette analyse éthique évite la désinsertion contextuelle de la pathologie, sa désincarnation dont l'urgence pourrait être le censeur.

- *la prépondérance de la contrainte, de la contingence sur le besoin* : chercher les moyens de pouvoir assurer la mission de soins s'avère fréquent, mais relève du défi. A l'image de la prépondérance du collectif sur l'individu, la structure retentit sur le fonctionnement du service d'urgences. Aucun autre service n'a cette configuration pour fonctionnement : l'absence de régulation des entrées et donc l'obligation de faire face en ayant, par ailleurs, des moyens de fonctionnement et d'orientation limités. Pourtant, l'attitude des urgentistes n'est pas de considérer ce constat comme une norme immuable, sans espoir d'évolution. Pour répétitif que soit ce travail, il est fondé sur l'utilité intrinsèque du soin et ne s'apparente pas à une quelconque punition. Car « [...] *il n'est pas de punition plus terrible que le travail inutile et sans espoir.* »⁴³³. Bien au contraire, l'attitude des soignants des Urgences n'est ni la résolution à pareil état de faits, ni acceptation sans réaction. La bienveillante ligne directrice communément partagée est le maintien de l'équité dans l'accès aux soins. Si cette attitude de maintien de l'équité peut sembler vaine, elle s'inscrit indubitablement dans l'empreinte de la responsabilité de l'autre.

Si la dilution est un phénomène réel, certaines histoires ne sont pas oubliées, accompagnant longtemps certains soignants. Aussi, ce phénomène de dilution, de genèse mécanique, n'emporte-t-il pas la dimension mémorielle de certaines rencontres.

« Un soir de garde, un brancard est poussé rapidement par un aide-soignant. Sur ce brancard, un enfant de 7 ans, inconscient. Chacun s'affaire. L'enfant a manifestement convulsé. Il revient peu à peu à lui mais ne parle pas français. Les parents sont autorisés à venir dès que les premiers soins ont eu lieu. L'échange a lieu en anglais. Le médecin demande aux parents ce qui s'est passé et, intrigué par leurs tenues, leur demande d'où ils viennent. Du Tibet. Les examens nécessaires se déroulent, lorsque l'urgentiste aperçoit une vingtaine de moines

⁴³³ A. Camus, *Le mythe de Sisyphe*, Op. cit., p.163.

bouddhistes dans le couloir. L'enfant et ses parents sont les invités du temple situé non loin de l'hôpital. L'enfant ayant fait trois crises depuis le matin, une hospitalisation est nécessaire en pédiatrie, au moyen d'un transfert vers un autre hôpital. Après le départ de l'enfant accompagné de ses parents, chaque moine tient à saluer l'urgentiste par une poignée de main et une inclinaison de la tête. La scène est majestueuse, telle l'irruption d'une autre époque.

Chaque membre de l'équipe, présent ce soir-là, se souvient de cet épisode survenu une nuit de garde assez calme. Seul l'urgentiste a retenu le nom de l'enfant. ».

Le mouvement de dilution est également vécu par les soignants, preuve s'il était besoin qu'il n'est pas issu de leur attitude, mais imputable au fonctionnement du système.

3.2.1.2 Pour les soignants

Le phénomène de dilution n'est pas uniquement dévolu aux personnes, malades. Cette perception concerne également les soignants, le fonctionnement d'un service d'urgences n'épargnant personne.

Epidémie de grippe... jusque-là rien d'exceptionnel, sauf que cette année l'afflux est massif. Des malades, partout, du matin au soir et du soir au matin. Ainsi une nouvelle unité d'hospitalisation existe-t-elle dans les couloirs. Trente malades ce matin-là. Aucune autre solution que de s'occuper des malades déjà présents en divisant les « troupes » en deux : une équipe va s'occuper des malades de la veille, et une autre de ceux du jour.

- *Madame comment s'il vous plait ? Attendez, je regarde...dit le médecin de l'accueil. Je ne la trouve pas sur le listing d'hier. Quand est-elle venue ? Ah il y a 3 jours. Ne quittez pas... je vais faire une recherche sur le nom. Ca y est, j'ai trouvé, elle est en gériatrie. Je vous passe l'accueil de gériatrie, ils vous diront ce qu'il en est...je vous en prie, bon courage.*
- *Tu ne peux pas venir nous aider un peu s'il te plait ?*
- *Je fais un truc et j'arrive.*

Le téléphone dans sa poche sonne.

- *Bonjour le médecin des urgences, j'écoute. Oui, un SAMU ? 77 ? Ah mais ce n'est pas notre bassin de population, la Seine et Marne. Est-il suivi dans l'hôpital ? Non ? Alors je regrette mais il y a beaucoup de malades dans les couloirs, et je ne peux accepter que les malades de mon secteur. Non je ne vais pas pouvoir le prendre parce que là on explose et surtout il habite à 40km de l'hôpital...*

La conversation continue, le malade ne viendra pas.

- *C'est bon j'arrive pour vous aider... Allo ? Ah bon, ok j'arrive. Je ne peux pas vous aider, faut que j'aille à l'accueil, y'a un enfant à réorienter, l'infirmière dit qu'il est moyen. Je viens après, si je peux.*

...

- *Bonjour Madame. Vous voulez une IRM cérébrale parce que vous êtes tombée au ski il y a 8 jours. Je vais d'abord commencer par vous examiner et je verrai s'il faut ou non réaliser une IRM.*

...

- *Vous pouvez tout à fait partir si vous le souhaitez, mais je pense surtout qu'il faut que vous soyez examinée avant de savoir s'il faut une IRM. Peut être effectivement pensez-vous être mieux placée que moi pour le savoir, mais j'aimerais pouvoir faire mon travail.*

...

- *Au revoir Madame*

...

- *Je t'appelle pour une place en cardio. Une dame de 85 ans, autonome, décompensation cardiaque sur cardiopathie arythmique connue. Ben l'idéal serait que tu me dises tout de suite si j'aurai le lit ou non, parce que chez nous c'est compliqué, y'en a partout. Si, si, viens voir si tu veux, partout c'est partout.*

...

- *Oui alors on en est où pour le lit ? Euh...ben on va se débrouiller, elle montera après la relève de la garde. Ok, on dit 21h30 alors ? Ah...22h15...si on n'a pas le choix, le problème c'est qu'elle occupe un brancard et que même pour elle ce n'est pas facile comme situation. Oui, oui je comprends faut faire attention à vos équipes, mais aux nôtres aussi...*

La journée ne sera que ponctuations répétées de coups de téléphone, de malades examinés, sans pouvoir s'arrêter pour une pause digne de ce nom c'est-à-dire plus d'un quart d'heure.-

- *Madame, attendez un peu vous allez monter dans votre chambre en cardiologie.*
- *Je n'ai pas vu de médecin...*
- *Si madame, je vous ai examinée, vous vous souvenez ?*
- *Ah oui peut être, votre visage me dit vaguement quelque chose, mais j'en ai vu tellement. Et puis ici, y'a trop de bruit et on ne fait qu'attendre... un coup un examen et puis après le médecin. Heureusement qu'il y a de vrais services pour soigner les gens. Vivement que je monte...*

Transmission à 18h30 : « Bon ben on a bossé comme des tarés, mais on n'a pas réussi à éviter les malades dans les couloirs. Je ne sais pas comment vous allez faire cette nuit. »

Ce récit, à dessein elliptique, n'insiste que sur des extraits d'une journée vécue par un urgentiste et retrace l'ambiance faite de mouvements, de saccades, de bruits, d'occupations multiples. Mouvement permanent, volume sonore variable selon l'affluence, l'activité, le silence étant rarissime et, au sein de cette atmosphère, la mission de soins entrecoupée de sollicitations incessantes. La difficulté à travailler pourra être telle que certains soignants seront sans orientation, comme au milieu du gué « [...] *il est aussi loin du but où il aspire que du rivage qu'il a quitté ; il ne peut ni poursuivre sa route ni revenir sur ses pas.* »⁴³⁴.

Le phénomène de dilution des soignants suit la même règle que celle des malades :

- *la prépondérance du nombre sur le singulier* : cette évocation du travail de l'urgentiste caractérise le mode d'exercice ; chaque journée étant totalement imprévisible faite de ruptures de rythme, d'accélération nécessitant une adaptation permanente. Se dessine en pointillés, comme en filigrane, la difficulté pour l'urgentiste de guider pour chaque personne, malade, la prise en charge, générant dans ce cas, la dilution de l'action. Si le flux est caractérisé par une force, au sens physique, avec une intensité (équivalente à la charge en soins), une direction (correspondant à l'orientation ambulatoire ou hospitalière), alors il est, intuitivement, possible de comprendre la

⁴³⁴ A. De Musset, *Les caprices de Marianne*, acte I, scène 1, Paris, Flammarion, Libro, 2015, p.13.

position de chaque personne. Plus le nombre de personnes constituant le flux est grand, plus l'échelon de chaque personne est petit et le phénomène de dilution important. Ainsi pour le soignant s'occuper de deux personnes à la fois n'a pas la même signification que d'en avoir quinze à gérer simultanément. Il en va de même pour la personne, malade, quant au nombre d'interlocuteurs soignants. En rencontrer un permet de mieux s'en souvenir que d'avoir été confronté à de nombreux soignants, semblant indistincts par leur tenue identique.

De plus, la médecine a subi nombre d'évolutions dont le *primum movens* était le souci d'améliorer la qualité des soins mais les conséquences n'étaient pas prévisibles ou anticipées en terme relationnel. Ainsi, certains malades arrivent-ils aux Urgences en demandant une radiographie et non pas une consultation. Ivan Illich analysant la prépondérance de la technique a décrit la transformation du « [...] *médecin artisan exerçant son habileté sur des individus [connus personnellement], en médecin technicien appliquant des règles scientifiques à des catégories de malades [...]* »⁴³⁵. Cette assertion, opposant l'habileté à la norme, souligne également le contraste entre l'aspect artisanal, la dimension humaine et l'attribution de la personne, malade, à une catégorie, dès lors noyée dans la masse. L'identité du soignant est également diluée par la prépondérance, certes de la technique, mais aussi du nombre de soignants s'occupant d'un même malade, induisant confusion voire oubli par le malade. Malgré cette réalité concrète et palpable, l'urgentiste en a conscience. Pourtant, malgré l'ampleur de la tâche, tel Sisyphe, les soignants perpétuent leur mission de soins, capables de garder à l'esprit le bien, cap à part entière des soins. « *Malgré tant d'épreuves, mon âge avancé et la grandeur de mon âme me font juger que tout est bien.* »⁴³⁶. Cette dilution de l'identité soignante est rattrapée par la certitude d'avoir tout fait pour mener à bien les soins. Pour absurde que cela puisse paraître, « *L'homme absurde dit oui et son effort n'aura plus de cesse.* »⁴³⁷. Pour le soignant, la trace mémorielle la plus importante est vraisemblablement le fait que la personne, malade, perçoive qu'elle a été bien soignée tant dans l'intention que dans l'attention ;

- *la prépondérance du fonctionnement des services traditionnels ou classiques, par rapport au fonctionnement du service des urgences.* Cette

⁴³⁵ I. Illich, *Némésis médicale, L'expropriation de la santé*, Op. cit., p.41.

⁴³⁶ A. Camus, *Le mythe de Sisyphe*, Op. cit., p.166.

⁴³⁷ *Ibid.*, p.167.

prépondérance annihile la possibilité pour les services d'urgences d'avoir un fonctionnement autonome. En effet, ces derniers sont dépendants des lits accessibles dans les services d'hospitalisation traditionnelle, diluant leur activité au sein d'une activité globale. Cet élément est patent lors des épisodes de saturation. La caractéristique du service des urgences est d'être un service *ouvert*, c'est-à-dire accessible sans accord préalable, sans vérification de la capacité à accueillir la personne, malade. *A contrario*, tous les autres services hospitaliers sont de dimension finie et ne peuvent matériellement accueillir un nombre de personnes supérieur à leurs capacités. Le hiatus est ainsi prégnant entre des services dont le dimensionnement est numériquement défini (nombre de lits fixe), représentant un espace clos, protégé d'un éventuel afflux massif, versus un service *ouvert*, le service des urgences, sans fréquentation maximale prévisible et/ou limitante. Certaines arrivées, type SAMU, sont régulées et font l'objet d'accord préalable, mais elles représentent une faible proportion de l'activité de la plupart des services d'urgence. La difficulté réside dans la possibilité de pouvoir assumer les variations de flux, à défaut de pouvoir les anticiper, en dehors d'une catastrophe avérée ou d'une situation épidémique connue. Au cours de ces situations exceptionnelles, les services traditionnels seront mis à contribution. Les services d'urgences ne sont jamais déclarés *pleins*, malgré des limites liées à la taille des locaux, aux personnels affectés. Toutefois, en pratique, ces limites sont sans cesse repoussées car il n'existe aucune autre alternative que celle de faire face, les soins en médecine d'urgence ne pouvant être *a priori* différés, dérivés sans évaluation préalable. Mais, toute situation de dépassement des capacités permet aussi de générer une expérience, riche d'enseignement, extraordinaire au sens littéral.

Régulièrement surchargés ou débordés, les services d'urgence ne ferment pas et ne peuvent refuser de malades. Les couloirs ou salles d'attente résonnent de conversations téléphoniques stipulant « *...il est encore aux Urgences* », « *...elle reste aux Urgences ce soir car l'hôpital est plein* », « *... il n'y a pas de place dans le service où elle est suivie...ils verront demain...elle attend aux Urgences, sur un brancard.* ». En pareil contexte, la difficulté à maintenir la qualité des soins, la possibilité d'accorder du temps à chacun, d'avoir la perception de remplir sa mission de façon satisfaisante, dans des conditions de sécurité acceptables, relèvent du défi. La dilution des soins peut alors s'avérer patente avec pour responsables indirects de ces situations les soignants des Urgences.

Les épisodes de saturation, dont la prévision est une gageure, et les solutions rarement pérennes, mettent en exergue cette distinction entre services traditionnels et services des urgences. Un afflux majeur nécessite plus de moyens d'hospitalisation sans pouvoir toujours les anticiper, avec pour conséquence, parfois, des malades en attente au sein des Urgences, sans terme connu. L'attitude est dans un premier temps de recenser les possibilités *in situ*, puis hors site. Lorsqu'un lit est disponible, mais que deux malades relèvent potentiellement de cette orientation, l'interlocuteur effectue un choix selon des critères plus ou moins explicites, plus ou moins validés. « *Quand le sens transitif domine le langage, le fonctionnaire pourvoyeur de guérison obtient le monopole. Ce qui était abondant, gratuit et de grande valeur devient quelque chose qui, par définition, est rare, a un coût monétaire de production et un prix de marché. Guérir n'est plus alors une activité mais une marchandise.* »⁴³⁸. Ainsi, la possibilité d'un séjour court est plus valorisée qu'un séjour potentiellement long. Entre une première convulsion et un accident vasculaire cérébral très déficitaire, le choix se porte régulièrement sur l'épisode convulsif, afin de ne pas occuper un lit trop longtemps. Ce choix n'est pas audible pour un urgentiste qui accueille indistinctement les deux « pathologies », mais d'abord les deux personnes.

Cette situation de maintien aux Urgences de malades est à contresens du parcours logique, qui ne devrait être que progression, devenant dès lors un véritable contresens. Mais la notion véhiculée est que « *ça coince aux Urgences* », générant une forme de dilution de leurs compétences, incapables qu'ils sont d'orienter les personnes, malades. Pourtant, l'état des Urgences, certes reflète l'afflux, mais rend impossible l'orientation des malades par manque d'aval. Le fonctionnement des services traditionnels retentit directement sur les Urgences. Ainsi, les urgentistes se retrouvent « *régulateurs de filières sur lesquelles ils n'ont pas totalement la main.* »⁴³⁹, avec pour risque un « [...] « *déclassement* » des médecins urgentistes aux yeux des autres médecins, aboutissant à ne plus les considérer comme des spécialistes patentés, mais comme des médecins de porte... »⁴⁴⁰. Ce déclassement tend à être moins marqué du fait de l'émergence de la spécialité. L'image de Sisyphe, « [...] *toujours en marche* [...] »⁴⁴¹ reprenant son labeur n'est pas insensée. « *On retrouve toujours son fardeau.*

⁴³⁸ I. Illich, *Némésis médicale, L'expropriation de la santé*, Op. cit., p.85.

⁴³⁹ J.Y. Grall, *Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences*, Juillet 2015, p.16.

⁴⁴⁰ *Ibid.*, p.16.

⁴⁴¹ A. Camus, *Le mythe de Sisyphe*, Op. cit., p.168.

[...] La lutte elle-même vers les sommets suffit à remplir un cœur d'homme. Il faut imaginer Sisyphe heureux. »⁴⁴².

3.2.2 Tri poussé à l'extrême

La médecine d'urgence contemporaine a adopté le triage. L'émergence d'un concept n'est jamais impromptue et connaître sa genèse en permet une compréhension plus fine. Opération de catégorisation des malades, cette étape est devenue indissociable de la prise en charge car indispensable. Validée par la Société Francophone de Médecine d'Urgence sous forme d'un document officiel, le tri en situation de médecine d'urgence a « pour fonction première d'optimiser les délais et les circuits de prise en charge [...] et de gagner en efficience. »⁴⁴³.

3.2.2.1 Origines du triage

Le triage est une notion issue de l'agriculture, concernant la laine, le café et le grain. Ce terme de triage désigne à la fois le lieu et l'action en elle-même de trier⁴⁴⁴. L'action consistait à broyer « le grain pour en séparer les parties inutilisables »⁴⁴⁵. Initialement utilisé pour les objets inanimés, le triage correspond au résultat secondaire à « l'action de trier, de choisir de répartir »⁴⁴⁶. Ainsi, le triage est-il cité par Emile Zola lorsque Gervaise s'occupe du linge : « Le triage (du linge) dura une grosse demie heure. Gervaise faisait des tas autour d'elle, jetait ensemble les chemises d'homme, les chemises de femme, les mouchoirs, les chaussettes, les torchons. »⁴⁴⁷. Mais le triage peut concerner des éléments moins concrets que le linge, Michel de Montaigne triant ses raisons dans *Les Essais*⁴⁴⁸.

⁴⁴² *Ibid.*, p.168.

⁴⁴³ SFMU, Recommandations formalisées d'experts, *Le triage en médecine d'urgence*, 2013.

⁴⁴⁴ Iserson KV., Moskop JC, "Triage in Medicine, Part I : Concept, history and types", *Ann Emerg Med.* 2007 Mar;49(3):275-81.

⁴⁴⁵ Le Robert, *Op. cit.*

⁴⁴⁶ Centre National de Ressources Textuelles et Linguistiques, entrée « triage ».

⁴⁴⁷ E. Zola, *L'assommoir*, V, t.I, Paris, Ed G. Charpentier, 1877, p.177.

⁴⁴⁸ M. de Montaigne, *Essais*, I, 26, éd. P. Villey et V.-L. Saulnier, Paris, PUF, 1978, p. 154.

Le triage s'est peu à peu appliqué aux personnes, recouvrant la notion de « *sélection selon certains critères* »⁴⁴⁹. Ainsi, cette technique agricole ancienne est reprise par la médecine militaire, notamment par le baron Dominique Jean Larrey, chirurgien de Napoléon. Premier médecin à adopter cette classification des malades, son dogme, empreint d'égalitarisme, est de : « [...] *toujours commencer par le plus dangereusement blessé, sans avoir égard aux rangs et aux distinctions* »⁴⁵⁰. Pour Dominique Jean Larrey, peu importe le rang social du blessé, seule la gravité prime dans le but de sauver le plus grand nombre de soldats. Pour ce faire, Dominique Jean Larrey invente l'ambulance volante afin d'extraire les blessés du champ de bataille, de les ramener à l'arrière, au « *quartier général* », lieu de soins. Toutefois, si le tri des blessés est réel, le terme aujourd'hui consacré de triage n'est pas, à l'époque, retenu. Lors de la guerre de Crimée (1854-1855), le chirurgien russe Nicolaï Ivanovitch Pirogov, dont la maîtrise chirurgicale a marqué son temps⁴⁵¹, classe, trie les malades en 5 catégories clairement définies⁴⁵². Mais, il faut attendre les années 1880 pour que cette notion de tri apparaisse officiellement dans les traités français de médecine militaire, avec classification des malades selon leur gravité⁴⁵³. Le descriptif précis, rapporté par Eugène François Raphael Audet dans son *Manuel pratique de médecine militaire*, comporte une catégorisation de chaque blessé ainsi que les soins et l'orientation idoines. Au cours de la première guerre mondiale, les blessés sont plus nombreux et plus lourdement touchés du fait des armes plus destructrices que lors des guerres précédentes. Le tri, jugé indispensable, a pour finalité d'« *être utile au plus grand nombre en ayant pour but le retour rapide sur le champ de bataille* »⁴⁵⁴. Cette attitude de tri, désormais véritable technique de la médecine militaire française, diffuse peu à peu et est retenue, dans les années 1920, par les bilans rédigés Outre-Manche mais aussi Outre Atlantique⁴⁵⁵. L'assimilation de ce terme de triage est telle qu'il devient un verbe « *to triage* »⁴⁵⁶. Si l'intention initiale du triage était de soigner, cette technique fut

⁴⁴⁹ Centre National de Ressources Textuelles et Linguistiques, entrée « triage ».

⁴⁵⁰ D.J. Larrey, *Mémoires de chirurgie militaire et campagnes, t.III (1812)*, Paris, J Smith, p.4.

⁴⁵¹ Wong M., *Nicolas Pirogov et son temps* [note critique], Ecole pratique des Hautes études. 4^{ème} section. Sciences historiques et philologiques/Année 1969/volume 101/numéro 1/p.561-564.

⁴⁵² G. Lachenal, C. Lefève, V.K. Nguyen, *La médecine du tri, Historique, éthique, anthropologie*, Paris, PUF, Science Histoire et Société, 2014, p.6.

⁴⁵³ E.F.R. Audet, *Manuel pratique de médecine militaire*, par le Dr Audet, Paris, O. Doin, 1885, p. 214, disponible à l'adresse suivante.

⁴⁵⁴ Iserson K, Moskop J., *Triage in Medicine, Part II : Underlying values and principles*, Annals of Emerg Med, Ann Emerg Med. 2007 Mar;49(3):275-81.

⁴⁵⁵ Blackham R.J., *The french medical service in the field*, Lancet, 196, n°5066, 1920, p.711-15.

⁴⁵⁶ G. Lachenal, C. Lefève, V.K. Nguyen, *Op. cit.*, p.5.

utilisée lors de l'entrée dans les camps de concentration à d'autres fins : « *Un camp de triage où les prisonniers, une fois enregistrés et couchés sur les répertoires hitlériens, étaient distribués dans la région selon les besoins de l'Office du travail.* »⁴⁵⁷.

3.2.2.2 *Triage de la médecine actuelle entre médecine de catastrophe et médecine d'urgence*

Le référentiel officiel spécifie que le triage est « *nécessaire lorsque le flux dépasse les capacités de prise en charge* »⁴⁵⁸. Au moyen d'une échelle, le triage consiste à attribuer à chaque malade, au maximum trente minutes après l'arrivée⁴⁵⁹, un niveau de priorité auquel est corrélé un délai de prise en charge relatif à la gravité, réelle ou potentielle, et une charge en soins tant individuelle que collective. La charge collective étant le plus souvent supérieure à la somme des charges individuelles. L'adéquation pathologies/délais des soins prévaut, et s'inscrit, de fait, dans une double notion : la responsabilité vis-à-vis d'autrui et la qualité des soins. Le triage oblige à la hiérarchisation des soins, facteur majeur d'organisation et de gain *en efficacité*.

Issue d'une attitude militaire dont le but premier était de sauver le plus grand nombre, le triage est devenue une véritable discipline appliquée à divers champs médicaux (médecine humanitaire, de catastrophe, d'urgence) mais aussi non médicaux. « *Brandi comme une menace, ou convoqué comme un opérateur de lisibilité destiné à éclairer de sa lumière crue des choix de priorisation budgétaire opaques, il (le triage) se laisse repérer, explicite ou implicite, dans un grand nombre de débats politiques sur l'allocation des ressources en santé publique, dans l'humanitaire ou dans l'action sociale, y compris donc en dehors du seul champ de l'urgence médicale.* »⁴⁶⁰. Au fil du temps, chaque type de médecine a défini son tri spécifique, construit selon un critère principal dépendant des conditions d'application. Une ou plusieurs variable(s) jugée(s) prioritaire(s) articule(nt) le triage selon une échelle spécifique : degré d'urgence à la prise en charge, caractérisation d'une masse tumorale, gestion des

⁴⁵⁷ F. Ambrière, *Les grandes vacances 1939-1945*, La Trinité, Les Editions de la nouvelle France, 1946, p.48.

⁴⁵⁸ S.F.M.U., *Le triage en structure des urgences, Recommandations formalisées d'experts*, 2013, p.5.

⁴⁵⁹ S.F.M.U., *Le triage en structure des urgences, Recommandations formalisées d'experts*, 2013, p.7.

⁴⁶⁰ F. Leichter-Flack, *De l'état d'exception de l'urgence collective au rationnement des politiques de santé publique. Enjeux d'un « continuum du triage. »*, dans *La médecine du tri, histoire, éthique, anthropologie*, Paris, PUF, Science Histoire et société, 2014, p. 67.

ressources, risque contaminant pour ne citer que ces quelques exemples. La ou les variables permettant de construire l'échelle dépendent principalement des circonstances d'application et du but recherché. Selon la situation, les soins seront distribués de façon à sauver des vies (situation de catastrophe caractérisée par un mécanisme lésionnel unique le plus souvent, ou situation exceptionnelle) ou à déterminer les attitudes de prises en charge ou à répartir les soins de façon équitable... Ces circonstances de soins procèdent d'impératifs analogiques - donner des soins aux malades - mais selon des logiques distinctes : sauver ceux qui peuvent l'être en situation de catastrophe, versus être juste au sens de l'équité dans les soins et de l'attention portée à chacun en médecine d'urgence hors catastrophe. Il s'agit presque d'extrêmes : une gestion extraordinaire, au sens littéral type situation de catastrophe, ne peut être envisagée identiquement à celle du quotidien, de l'ordinaire d'un service d'urgences.

En situation de catastrophe vraie, les moyens étant limités, leur gestion est primordiale pour sauver les malades qui peuvent l'être. La responsabilité collective prime sur l'intérêt individuel. Le souci principal est de distribuer au mieux les moyens, pour le plus grand nombre, et de ne pas être dispendieux pour un nombre plus petit de malades. La finalité est de ne pas utiliser des moyens pour des malades au pronostic trop grave, ces mêmes moyens pouvant servir à un plus grand nombre de malades moins graves. La problématique est donc la gestion optimisée de moyens limités, car non extensibles à l'envi au regard du nombre de personnes à gérer. La ligne directrice du triage n'est donc pas semblable en situation de catastrophe, et au quotidien dans un service d'urgences⁴⁶¹.

Dès lors, les échelles sont spécifiques à la situation. Une échelle utilisée en médecine de catastrophe ne peut être utilisée en médecine d'urgence puisque la situation diffère. Une situation de vraie catastrophe est caractérisée par un afflux massif de malades, de façon simultanée ou très brève, ayant tous été exposés à un événement identique : explosion de l'usine AZF à Toulouse en 2003 ou plus récemment les attentats de novembre 2015 par exemple. La médecine d'urgence se caractérise, quant à elle, par l'afflux permanent de malades venus pour des motifs distincts. Le but du triage en médecine d'urgence est de repérer *a priori* le malade grave, réellement ou

⁴⁶¹ Iserson K., Moskop J., *Triage in Medicine, Part I : Concept, history and types*, Ann Emerg Med. 2007 Mar;49(3):275-81.

potentiellement, par l'application d'une démarche standardisée dénommée *échelle*. L'échelle de tri permet alors de caractériser la gravité de chaque malade, gravité dont découle un délai de prise en charge optimal. Ainsi, en médecine d'urgence, la répartition des malades se fait-elle par catégories (tri 1, tri 2...). Chaque catégorie correspond à une charge en soins perceptible par tous les soignants formés à cette *échelle de tri*. Les nombreuses échelles de triage établissent en quelque sorte une perception très rapide des malades, comme une sorte de première impression. Le malade ainsi trié devient d'une certaine façon, *préhensible* par/pour chaque soignant de façon communément comprise. Qu'il s'agisse d'une couleur, d'un chiffre, le triage instaure un référentiel, induit un langage partagé entre professionnels, aux conséquences à la fois organisationnelles mais aussi humaines. Conséquences organisationnelles dans le but d'améliorer l'efficacité, les circuits de prises en charge et d'optimiser les soins. Conséquences humaines immédiates par le repérage des personnes les plus graves nécessitant une prise en charge à court terme.

Ces échelles ne sauraient être perçues négativement du fait même de leur finalité : éviter de méconnaître un malade grave, de retarder une prise en charge urgente. Etape indispensable, le triage pourrait avoir pour effet revers l'omission de la singularité de la personne par son intégration à un groupe de malades ayant le même niveau de tri. Or, l'opération de triage correspond à attribuer une catégorie à un malade, et non l'inverse. Ce sens directionnel peut ne pas être perçu mais il est néanmoins capital du fait de l'intentionnalité qui prévaut : le triage s'effectue prioritairement pour la personne, malade, et non pour un système de soins. « *Chronologiquement le tri est une opération épistémique qui devient éthique par son objet. Mais logiquement, le tri médical est subordonné à une décision éthique avant de traduire une opération épistémique, un jugement synthétique a posteriori.* »⁴⁶².

3.2.2.3 Autres formes de tri

3.2.2.3.1 Tri en fonction des moyens

⁴⁶² Valette P, *Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique*. Le monde PUF, collection partage du savoir, Paris, 2013, p. 178.

Parallèlement au triage via des échelles validées, existe un tri plus insidieux, lié à aux conditions d'exercice et notamment à la pénurie, certes relative mais existante, des moyens. En effet, le fonctionnement optimal d'un service d'urgences est de fait lié à la capacité d'aval.

Visite au service porte...un homme handicapé a une pneumonie avec des signes respiratoires patents de gravité. Il ne peut pas exprimer sa gêne mais son thorax, ainsi que les gaz du sang, la révèle.

- *Bonjour, docteur X au service porte. Je t'appelle pour un homme de 25 ans, présentant un handicap mental suite à une anoxie à la naissance. Il fait une pneumonie et présente ce matin des signes de détresse respiratoire. Sa gazométrie montre une hypoxie à 65mmHg. Il est limite pour rester chez nous. Aurais-tu une place pour le prendre s'il te plait ?*
- *Tu dis qu'il est handicapé ?*
- *Oui mais il vit avec ses parents, va dans un centre la journée pour travailleurs handicapés et rentre le soir chez lui. Il n'a jamais été hospitalisé en réanimation jusqu'à présent.*
- *Ecoute je vais venir le voir, mais je ne le prendrai pas.*
- *Viens le voir, on en discute le moment venu*

Le réanimateur atteste de la détresse respiratoire, mais récuse le malade du fait du handicap, et aussi parce qu'il y a un malade qui est limite dans un autre service, et qu'il préfère prendre l'autre.

- *Je ne comprends pas pourquoi tu refuses de le prendre sous prétexte qu'il est handicapé. Il n'a jamais été hospitalisé en réanimation et même n'est jamais passé par les urgences alors qu'il habite à côté de l'hôpital depuis plus de 15 ans. L'autre malade peut être éventuellement transféré ailleurs, alors que lui, avec son handicap, le transférer va être compliqué.*

Rien n'y fait, le réanimateur refuse. Au moment de partir, l'urgentiste lui glisse quelques mots :

- *Je ne suis pas certaine que le choix soit le bon. En tout cas je ne suis pas d'accord avec ce choix et j'aurais aimé en discuter avec un réanimateur plus ancien.*

Alors que l'urgentiste continue la visite, le chef de service de réanimation apparaît au bout du couloir. Il demande à voir le monsieur. En sortant de la chambre, il regarde l'urgentiste et lui dit :

- *Il monte en réanimation. Je ne sais pas ce que tu as dit mais en tout cas il m'a demandé mon avis. Alors je suis descendu. Je pense que c'est bien d'ailleurs que je descende de temps en temps.*

Dans cette transcription, le manque de lits oblige le réanimateur à faire un choix entre deux malades générant une tension éthique majeure. Ce choix induit la mise en compétition artificielle de deux malades, véritable forme de tri, sans pour autant être un exercice de triage étayé par une méthode validée, communément partagée, et ayant pour finalité l'intérêt du ou des malade(s). La réflexion, de fait pervertie, est guidée par la recherche d'un argument légitimant l'exclusion de l'un des malades, ce qui s'avère contraire à la démarche soignante. Qui plus est, cette exclusion s'appuie sur le profil constitutif du jeune homme, son handicap, alors qu'elle devrait reposer sur des critères médicaux objectifs. Ce handicap n'est pas analysé quant à son retentissement mais stigmatisé, d'emblée, comme négatif, alors que le jeune homme est relativement inséré (vie au domicile, aucune hospitalisation antérieure, prise en charge journalière dans un centre).

Le fondement de l'argumentaire du réanimateur est donc marqué par sa dimension hypothétique : l'hypothèse étant que le handicap rend impossible en soi l'admission en réanimation. « [...] *les hypothèses, en science comme dans la vie, étant toujours dangereuses.* »⁴⁶³. Ce raisonnement biaisé est rattrapé par la venue d'un médecin plus expérimenté. Différentes études ont prouvé l'impact de l'expérience du médecin sur la décision. Ainsi, dans une étude française prospective observationnelle multicentrique menée en 2005 sur un mois incluant 11 centres français, le refus d'admission en réanimation était significativement plus fréquent lorsque le patient était examiné par un junior plutôt que par un senior (19/137 versus 29/437, $p=0,006$)⁴⁶⁴.

Les moyens, encore dénommés offre de soins, ne sont pas infinis et viennent bousculer la dispensation des soins. « *A l'hôpital s'opposent contradictoirement d'une part une exigence sans limite (sauver le corps, peut-être aussi la société elle-même) et d'autre part des moyens (techniques, économiques, sociaux) désespérément limités et*

⁴⁶³ A. Camus, *La peste*, Gallimard, Folio, Paris, 1983, p.51.

⁴⁶⁴ Garrouste-Orgeas M., Montuclard L., French ADMISSIONREA Study Group, *Predictors of intensive care unit refusal in French intensive care units : a multiple-center study*. Crit Care Med. 2005 Apr;33(4):750-5.

finis. »⁴⁶⁵. Si l'offre de soins est supérieure à la demande (nombre de lits supérieur au nombre de malades à hospitaliser), nul besoin de sélection. Si l'offre de soins est inférieure aux besoins (contexte appartenant au quotidien des services d'urgence), alors peut intervenir une mise en compétition insidieuse des malades les uns vis-à-vis des autres. « *Certes, le manque des moyens induit parfois la nécessité d'effectuer des choix, mais le contexte et les contraintes de l'action ne doivent pas modifier nos principes fondamentaux qui, par définition, ignorent les choix politiques.* »⁴⁶⁶. Si les modalités du choix ne sont pas solides, voire injustifiables, elles risquent d'ébranler et de remettre en cause les valeurs profondes du soin convoquant la responsabilité plénière de chacun, responsabilité professionnelle mais également éthique. En effet, quel est le type de justice sollicitée à pareil moment ? A priori la justice distributive serait idoine sous réserve qu'elle soit définie, exposée et partagée par tous les praticiens. Car sans raison officielle guidant le choix, ce dernier s'avère arbitraire, tributaire de facteurs variables. Comment être sûr de son choix ? Comment le partager ? Et ce choix non partagé est-il un choix admissible, tenable ? Etablir des critères de choix pertinents, répondant aux besoins de la population, permet de s'inscrire dans une dimension moins arbitraire que de laisser faire chaque praticien sans regard extérieur à pareille pratique. Pour cette démarche, un consensus au minimum entre les praticiens d'une même discipline au sein d'un même service serait nécessaire.

La diminution des moyens est liée à plusieurs processus convergents :

- l'évolution de la médecine en elle-même avec amélioration des pratiques et allongement de la durée de vie. Cette augmentation de la durée de vie a pour corollaire direct l'augmentation de la charge en soins notamment hospitalière ; les lits d'hospitalisation étant de fait nécessaires ;

- la fermeture définitive de lits d'hospitalisation depuis nombre d'années. Certes la médecine est de plus en plus ambulatoire, l'exemple de la chirurgie est à ce titre éloquent. Une appendicite ne nécessite plus d'hospitalisation traditionnelle, et la personne opérée peut, sous certaines conditions, sortir le jour même soit un séjour de moins de 24 heures. Si les spécialités médicales ont développé une part d'ambulatoire, elles ne peuvent se passer d'un certain nombre de lits nécessaires à la prise en charge

⁴⁶⁵ J. Lombard, B. Vandewalle, *Op. cit.*, p.120.

⁴⁶⁶ Médecins sans frontières, *Discours d'acceptation du Prix Nobel*, 1999.

des malades, nombre corrélé aux performances : plus une médecine est performante, plus elle recrute de malades ;

- l'évaluation retardée des moyens nécessaires : le développement d'une technique nécessite des moyens auxquels les tutelles ne peuvent répondre en temps réel. Ainsi peut-il exister un retard à l'obtention des moyens et donc une inadéquation entre la technique disponible et le nombre de malades pouvant en bénéficier. Seuls quelques malades seront dits éligibles tandis que d'autres, du fait de l'absence de moyens suffisants, seront réfutés. Les moyens contraints provoquent un allongement de la durée des séjours correspondant au temps d'attente nécessaire avant d'avoir la dite technique. Le corollaire est de vouloir rendre service au plus grand nombre en choisissant le *bon malade*. Certains auteurs ont défini les *bons malades* comme « ceux qui appréhendent leur pathologie comme un élément extérieur à anéantir par un geste médical, sont soumis à l'ordre médical et en acceptent les règles et la discipline sans rien demander ni se plaindre. »⁴⁶⁷. « Les mauvais malades sont aussi des cas sociaux pervertissant l'idéal d'une relation dont on ne parvient guère à se détacher. »⁴⁶⁸. Ces définitions désignent l'attitude des malades, et non pas la vision issue du jugement des soignants. La durée limitée du temps d'utilisation permet un recours intensif à la ressource, pourtant rare, qu'elle soit d'ordre technique ou pratique, un lit notamment. Ainsi la ressource sera-t-elle exploitée au maximum. Cette qualification de bon ou de mauvais, jugement de valeur s'il en est, se fait à l'insu de la personne, malade, sur des critères indépendants de sa volonté, déterminés par la projection du profil de sa maladie, de son état constitutif. Cette catégorisation, ou triage implicite, exclura les malades différents, non congruents, n'ayant pas le *bon profil*. Certains malades, jugés *mauvais*, pourraient bénéficier dans l'absolu de la dite ressource, mais leur profil ne répond pas, sur l'instant, aux critères de délai ou de charge de soins, critères définis, choisis par l'interlocuteur et donc éminemment variables. Le *bon malade* est celui qui reste peu de temps, ne pose pas de problème d'orientation. Prenons l'exemple de la coronarographie interventionnelle d'usage très courant. Réaliser un geste interventionnel chez un homme de 40 ans n'implique pas les mêmes conséquences que le même geste chez un homme de 80 ans dépendant. Indépendamment du geste en lui-même, la durée d'hospitalisation risque d'être plus longue pour le second du fait de son contexte de vie ;

⁴⁶⁷ F. Danet, *Op. cit.*, p.81.

⁴⁶⁸ *Ibid.*, p.81.

- la diminution du nombre de médecins généralistes en ville, plus importante que celle des autres spécialités (- 6,6% France entière sur la période 2007-2014)⁴⁶⁹. Cette diminution est liée, sur cette période de 2007 à 2014, à un accroissement du nombre de médecins retraités (+62,5%) non compensés par l'arrivée d'actifs (+1,2%). Ces médecins de premier recours ont un rôle capital dans la chaîne des soins, pouvant éviter certaines consultations aux Urgences et permettre des orientations adaptées, sans passer par un service d'urgences. L'accroissement constant des consultations aux Urgences génère de fait la consommation de moyens.

Ces éléments sont résumés par Michael Nurok : « *Le concept de triage n'est pas neutre. Il a des conséquences qui dépendent de la manière dont il est utilisé et des valeurs mobilisées dans les décisions de tri. Deux impératifs concurrents ont ainsi évolué. Le premier est un principe de retenue : du fait de l'expertise engendrée par le travail de triage, se font entendre des appels pour utiliser avec plus de mesure les techniques médicales produites par ces cycles d'innovation, afin de tenter d'éviter la production de vie nue. Le second impératif évoque ce que Renée C. Fox a appelé le « courage d'échouer » : un désir enhardi d'accélérer le cycle de l'innovation dans l'espoir d'en tirer dans le futur de meilleurs résultats pour des patients de plus en plus malades. Choisir l'un ou l'autre de ces impératifs expose au risque de laisser mourir ceux qui auraient pu avoir le temps de vivre une vie riche, ou de produire une forme de vie biologique à l'état nue ; et parce que le processus de triage est toujours urgent, il est toujours difficile de trancher en temps réel.* »⁴⁷⁰. Le triage a une ambition louable, mais son utilisation débridée l'a dévié de son but premier, avec des conséquences pouvant être définitives.

Ainsi le tri est-il démultiplié. A l'entrée du service d'urgences, le triage est explicite, validé, opéré de façon volontaire avec pour finalité de catégoriser les personnes, malades, d'organiser les filières assorties de soins adaptés. Tout au long de la prise en charge, le triage existe de façon implicite, non validée, forcée, imposée par la gestion des moyens. Guidée par des impératifs extérieurs, indépendants de toute volition, cette

⁴⁶⁹ Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2014*.

⁴⁷⁰ M. Nurok, *Les conditions de possibilité du concept de triage* - Ouvrage : *La médecine du tri. Histoire, éthique, anthropologie*, PUF, Science Histoire et société, Paris, p. 65.

attitude traduit des choix à contre-courant d'une vision à la fois égalitariste et éthique consistant à donner les mêmes chances à chaque personne, malade. Comment résoudre l'équation (morale et éthique) du choix dû à la mise en compétition de personnes, malades à leur insu ? Certains praticiens prendront le malade le plus intéressant, d'autres le plus jeune, d'autres encore celui qui peut être inclus dans un protocole de recherche en cours dans leur service, d'autres projeteront la durée de séjour potentiel pour ne citer que ces possibilités, véritables contingences.

3.2.2.3.2 Tri sur l'Evidence Based Medicine

L'*Evidence Based Medicine* est une méthode assez récente apparue dans les années 1980 sous l'impulsion de Gordon Guyatt⁴⁷¹. En 1992, ce dernier dénomme cette nouvelle pratique par l'expression *Evidence Based Medicine*⁴⁷², dont la traduction la plus précise⁴⁷³ est *médecine basée sur les preuves*. Outil majeur d'acquisition de connaissances et d'amélioration des pratiques, cette discipline correspond à « *l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des dernières connaissances disposant du meilleur niveau de preuve afin de déterminer la prise en charge la plus adaptée à chaque patient individuellement* »⁴⁷⁴. Le but initial de l'*Evidence Based Medicine* était l'étude diagnostique et thérapeutique⁴⁷⁵, l'étude de l'évolution des pathologies et le fait de pouvoir baser les pratiques sur des faits avérés car vérifiés⁴⁷⁶. La finalité était d'aider à l'expertise médicale lors de la confrontation à des questions cliniques concrètes, sans toutefois s'y substituer.

Dès la fin des années 1990, certains auteurs attiraient l'attention sur ce risque potentiel d'un éventuel détournement de l'usage de l'*Evidence Based Medicine* : « *Sans l'expertise clinique, la pratique risque de tomber sous la tyrannie de la preuve, puisque*

⁴⁷¹ Guyatt GH., *Evidence-based medicine*. ACP Journal Club 1991 : A-16, Ann Intern Med ; vol 114, suppl 2.

⁴⁷² J. Dumesnil, *Art médical et normalisation du soin*, Paris, Puf, 2011, p.54

⁴⁷³ Watine J, *Translations of the Evidence Based Medicine concept in different languages : is it time for international standardisation ?* Clin. Chem. Lab. Med., vol.48,n°9, sept2010, p.1227-28.

⁴⁷⁴ Sackett DL., Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine : what it is and what it isn't. [editorial]. BMJ.1996 ;312 :71-72.

⁴⁷⁵ Sackett DL., Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine : what it is and what it isn't. [editorial]. BMJ.1996 ;312 :71-72.

⁴⁷⁶ Sackett DL., Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine : what it is and what it isn't. [editorial]. BMJ.1996 ;312 :71-72.

même les plus excellentes preuves externes peuvent être inapplicables ou inappropriées au patient [spécifique dont nous avons la charge].»⁴⁷⁷. Ce processus s'apparente à celui de la tyrannie graduel, insidieux, décrit finement par Platon dans *La République*. "Lorsque les pères s'habituent à laisser faire les enfants, Lorsque les fils ne tiennent plus compte de leurs paroles, Lorsque les maîtres tremblent devant leurs élèves et préfèrent les flatter, Lorsque finalement les jeunes méprisent les lois parce qu'ils ne reconnaissent plus, au-dessus d'eux, l'autorité de rien ni de personne, alors, c'est là, en toute beauté et en toute jeunesse, Le début de la tyrannie."⁴⁷⁸. D'élément novateur, précieux, l'*Evidence Based Medicine*, sans la vigilance de chacun, pourrait (peut) évincer le raisonnement médical tenant compte de la spécificité de chaque personne, malade, et être systématiquement appliquée. De fait, l'*Evidence Based Medicine*, ou tout du moins l'utilisation des résultats sans discernement, induit des modifications de pratiques, dont certaines ne sont pas toujours idoines.

Une dame de 54 ans est admise aux Urgences pour un accident vasculaire cérébral grave. Devant le tableau clinique sévère chez une femme jeune, l'urgentiste sollicite le réanimateur. La dame présente notamment des troubles de la déglutition l'exposant aux fausses routes éventuelles. Le réanimateur examine la patiente et récuse son admission en réanimation.

- « Cette dame est très jeune. Ne pas la prendre en réanimation, c'est forcément l'exposer à des complications et peut être même à la mort, dit l'urgentiste.
- Je ne la prendrai pas parce que toutes les études prouvent que ce type d'accident vasculaire ça meurt, répond le réanimateur.
- Mais elle est très jeune, et décider de ne rien faire c'est sans doute aidant pour la conduire à la mort.
- Je refuse de la prendre.
- Ok, j'en prends bonne note.

Malgré l'avis du réanimateur, l'urgentiste prend la décision de contacter une réanimation extérieure à l'hôpital. La patiente est acceptée et donc transférée.

⁴⁷⁷ Sackett DL & al., *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*, *BMJ*, vol. 312, n° 7023, janvier 1996, p. 71-2.

⁴⁷⁸ Platon, *La république*, 1965a.

L'urgentiste aura le compte rendu du séjour en réanimation stipulant la sortie de la patiente pour un centre de rééducation.

Dans ce récit, la décision du réanimateur est légitimée par l'évocation « des études », sans autre précision. Recourir aux études, tel un étai décisionnel, n'est nullement inepte, sous réserve de les citer explicitement, et que celles-ci soient parfaitement concordantes au profil du (des) malade(s) concerné(s). Ce d'autant que l'issue fatale est énoncée sans proportion, de façon généralisée, et de surcroît désincarnée... « ça meurt ». Cette réification discrédite indubitablement l'argument. De plus, les études ne sauraient anticiper la trajectoire singulière de chaque personne, malade, élément indispensable à prendre en compte dans la décision. La non admission en réanimation engendre deux conséquences intimement liées : la perte de chance et l'absence de justice personnelle. Originellement, la perte de chance est une notion juridique à savoir « le préjudice invoqué par une victime qui estime que, par la faute de son débiteur, elle a perdu une chance de gain. »⁴⁷⁹. Dans ce cas, le gain correspond au mieux à la guérison complète, ou au minimum à la survie. De fait, le refus du réanimateur revient à choisir la perte de chances, assortie de l'absence de justice personnelle, à savoir :

- l'absence d'accès à des soins adaptés alors même que la dame est, au moins dans l'absolu, éligible aux soins pressentis ;
- l'anticipation des résultats sans même avoir initié le moindre soin ;
- l'absence de discussion directe avec la dame pourtant consciente.

Le réanimateur peut refuser l'admission de la dame, l'urgentiste ne peut déroger aux soins qu'il juge idoines, ce d'autant qu'il doit assurer la continuité des soins et, donc, orienter la dame au mieux. Car la responsabilité de la dame incombe, *in fine*, à l'urgentiste ; la coresponsabilité entre réanimateur et urgentiste étant plus formelle que réelle en pareille situation. Sans même s'interroger sur la dimension de justice personnelle, l'urgentiste prend le relai et évite à la dame la décision initiale, sans pour autant préjuger de sa survie. Car le bon sens doublé de responsabilité consiste à ne

⁴⁷⁹ M. Harichaux, A. Monroche, *Droit de la santé*, Masson, 2003, cité in F. Danet, *La médecine d'urgence*. *Op. cit.*, p.98.

pas souscrire à l'affirmation du réanimateur. Le *primum movens* de la décision de l'urgentiste (poursuivre sa décision initiale c'est-à-dire avoir recours à une réanimation) relève de sa responsabilité propre vis-à-vis de la dame. En effet, « être responsable, c'est se défaire entièrement de soi-même, ne pas agir en fonction de soi-même mais toujours de la vie d'autrui : c'est devenir « otage » d'autrui. »⁴⁸⁰. Cette responsabilité est le socle du bon sens au sens cartésien, à savoir « distinguer le vrai du faux »⁴⁸¹. Or, ce qui est faux, et de surcroît non éthique, n'est pas le risque majeur de décès encouru par la dame, mais le fait de valider une décision de la sorte sans se donner les moyens de soigner. Ce mode décisionnel étant erroné, s'y conformer serait dramatique.

Un soir de garde aux Urgences, service surchargé. Une dame âgée de 84 ans présente un choc septique. Autonome, conduisant encore sa voiture, elle est suivie dans le service d'oncologie pour une tumeur pancréatique en cours de traitement par une deuxième ligne de chimiothérapie. Devant la gravité du tableau, le réanimateur est appelé.

- *Effectivement c'est un choc septique mais elle a un cancer avec une deuxième ligne de traitement. Cela ne dit rien de bon, dit le réanimateur.*

- *Mais elle est autonome jusqu'à présent et si elle passe le cap, le traitement de son cancer se poursuivra sans pour autant qu'on connaisse son espérance de vie exacte, suggère l'urgentiste*

- *La réanimation est un milieu dur et ce n'est peut-être pas bien de lui imposer cela.*

- *Peut-être faut-il mener des soins adaptés sans pour autant aller trop loin au cas où elle s'aggraverait. Se fixer des limites et donc délimiter les soins. Lui accorder une réanimation douce.*

Le réanimateur réfléchit, puis finalement accepte la patiente. Celle-ci décèdera quelques jours plus tard.

A dessein, cette situation s'inscrit comme contre-exemple de celui précédemment décrit, à savoir l'admission de la personne, malade, en réanimation. Le réanimateur a une analyse globale de la situation. Son raisonnement est de mettre en perspective la gravité du choc septique, épisode aigu, avec celle de la pathologie sous-jacente, le cancer du pancréas de survie indéterminée. Parallèlement, l'autonomie fonctionnelle

⁴⁸⁰ A. Zielinski, *Lévinas, la responsabilité est sans pourquoi*, PUF, Philosophies, Paris, 2004, p.7.

⁴⁸¹ R. Descartes, *Discours de la méthode*, Collection 10/18, 1985, Paris, p.25.

de la dame est prise en compte, élément majeur. Si l'issue est pourtant conforme à celle pressentie par le réanimateur, le raisonnement est intéressant puisqu'il déjoue les conclusions de la médecine (pourtant) basée sur les preuves. En effet, si l'*Evidence Based Medicine* avait été sollicitée *in extenso*, sans doute la décision de ne pas admettre la dame en réanimation aurait-elle été conforme aux résultats des études, mais aurait-elle été la *bonne* décision ? De même, la lecture *a posteriori* pourrait affirmer qu'il ne fallait pas, du fait du décès, admettre cette dame en réanimation. Mais ce mode d'analyse est faussé par la référence à l'issue, et non au mode et paramètres décisionnels sur l'instant, c'est-à-dire lors de la prise en charge initiale.

La difficulté est de s'autoriser à faire un choix alors qu'il s'inscrit dans un contexte de soins particuliers, où se profile une issue fatale, issue venant qualifier d'indue l'occupation d'un lit. « *Le sujet malade pour qui on ne pouvait plus rien et qui ne devait pas immobiliser un lit indument, le malade classé « incurable » [...] »*⁴⁸².

Le recours à l'*Evidence Based Medicine* peut avoir tendance à se disculper de la responsabilité de pareil choix. Décider de ne pas mener des soins n'est pas chose aisée. Mais à l'inverse, ne pas discuter le choix et prodiguer des soins sans réflexion serait déraisonnable. La tension éthique peut atteindre un paroxysme, celle du choix impossible.

- « *Frère, permets moi encore une question. Se peut-il que chacun ait le droit de juger ses semblables, de décider qui mérite de vivre et qui en est indigne ?*
- *Que vient faire ici l'appréciation des mérites ? Pour trancher cette question, le cœur humain ne se préoccupe guère des mérites, mais d'autres motifs bien plus naturels. Quant au droit, qui donc n'a pas le droit de souhaiter ?*
- *Pas la mort d'autrui.*
- *Et pourquoi pas la mort ? A quoi bon mentir à soi-même, alors que tous vivent ainsi et ne peuvent sans doute vivre autrement. [...] »*⁴⁸³.

Cette interrogation d'*Aliocha*, dans les Frères Karamazov, pose clairement l'ambiguïté absolue du choix d'admettre ou non un malade en unité de soins intensifs,

⁴⁸² A. Soljénystine, *Op. cit.*, p.238.

⁴⁸³ F. Dostoïevski, *Op. cit.*, p.213.

de poursuivre ou d'interrompre des soins de réanimation. Ce choix est quasi-cornélien, car « [...] *la vie future, quelle énigme : personne n'en connaît le mot !* »⁴⁸⁴. Le choix ne saurait être légitimé par le seul fait d'être soignant. Au contraire, le raisonnement se doit d'être construit, puisqu'il en va de la vie d'autrui et, de façon liminale, de l'intérêt même à poursuivre cette vie.

L'*Evidence Based Medicine* doit donc être un apport, un éclairage mais ne doit pas remplacer l'expertise médicale, et encore moins aboutir à un tri des malades, cette médecine basée sur les preuves n'ayant pas été conçue dans cette optique.

3.2.2.4 Nouvelle conscience du tri : théorie du prochain malade

- « *Bonjour, je t'appelle pour un accident vasculaire aigu...*
- *Quel âge ?*
- *85 ans, très bon état général qui...*
- *Tu plaisantes ?*
- *Non, pourquoi ? Si c'est par rapport à l'âge que tu dis ça, il a toute sa tête, il fait ses courses, son marché, conduit sa voiture...*
- *Hors de question. Je n'ai qu'un lit et je le garde pour un jeune.*
- *Tu attends un SAMU ?*
- *Non, je garde le lit au cas où un jeune en aurait besoin...*
- *Mais ce jeune n'est pas là, et il ne viendra peut-être pas cette nuit...*
- *Non, mais s'il arrive, au moins j'aurai le lit...*
- *Mais ce monsieur ne fait pas ses 85 ans. Pourquoi ne pas l'hospitaliser dans l'unité adaptée surtout qu'il y a un lit ?*
- *[...]*
- *...et si le jeune n'arrive pas ?*
- *Si j'avais deux lits je le prendrai mais je n'en ai qu'un et je le garde.»*

La décision de ne pas admettre un malade dans une unité spécialisée peut être tout à fait rationnelle et justifiée, si elle n'est pas prise dans le seul but d'exclure, mais bien d'adapter les soins au dit malade. Par exemple, une technique invasive jugée trop

⁴⁸⁴ *Ibid.*, p. 99.

lourde voire délétère, et de fait déraisonnable, ne devra pas être envisagée. Dans la situation exposée, choix est fait de ne pas prendre en charge un malade réel, au profit d'un malade virtuel, un « *malade imaginaire* », pour lequel la réanimation serait (virtuellement plus) profitable. Cette décision relève de l'absurde, au sens de l'incohérence véritable, par la mise en compétition réelle, concrète, de deux malades dont l'un n'existe pas. L'absurde, dont la prise de conscience incarne un véritable éveil, émerge lorsque « [...] *le pourquoi s'élève [...] dans cette lassitude teintée d'étonnement.* »⁴⁸⁵. L'argument invoqué - garder un lit au cas où un malade plus jeune en aurait besoin - est violent, mais révèle, contient sa propre faiblesse, car il ne suffit pas à faire taire l'interrogation du *pourquoi* de l'urgentiste. Pourquoi attendre un prochain malade dont la venue est hypothétique, alors même qu'il se trouve un malade ayant besoin de ces soins ?

Alors que les soins devraient être définis de façon juste, c'est-à-dire par leur adaptation au(x) malade(s) - sans pour autant méconnaître les moyens disponibles -, la réflexion est focalisée sur une dimension prévalente : privilégier la préservation des moyens, dans l'attente de l'hypothétique venue d'un *malade imaginaire*, au détriment d'un malade bien présent, nécessitant ces moyens (pourtant) disponibles. Cette situation est en soi absurde, car le malade réel est, de fait, mis en compétition avec un malade virtuel de construction (quasi-) chimérique et elliptique, « *un jeune qui en aurait besoin* ». Cet argumentaire constitue une sorte de « *théorie du prochain malade* », véritable paradoxe de l'utilisation différée des moyens et donc de la dispensation des soins. Cette théorie illustre le consentement tacite à la restriction des moyens, pourtant disponibles, et non le souci de leur juste répartition. Cette théorie pourrait se résumer ainsi : écarter le malade présent du fait de ses caractéristiques, dans la perspective éventuelle de pouvoir donner des soins au prochain malade, sous réserve que ce dernier se présente, et que ses caractéristiques soient conformes à l'image intellectuelle de sa conception. Autant dire une équation avec nombre de variables et d'inconnues conséquentes, de résolution hasardeuse, car étayée par une hypothèse peu valide, la venue d'un *malade imaginaire*. Si deux malades de 85 ans avaient eu simultanément besoin de soins dans ce service, quel aurait été le raisonnement du neurologue ? ...

⁴⁸⁵ A. Camus, *Le mythe de Sisyphe*, Op. cit, p.29.

Evincer un malade au profit d'un absent n'est pas un contresens, mais un non-sens, en contradiction avec l'éthique, l'inquiétude fondatrice des soins. La raréfaction des moyens oblige à se préoccuper de leur comptabilité, de leur utilisation à bon escient, au bon moment, pour le bon malade, mais cet aspect comptable est manipulé et mis en avant, tel un alibi, légitimant l'exclusion. L'ordre des paramètres énoncés (bon escient, bon moment, bon malade) est à dessein, plaçant le malade en dernier, puisqu'il semble être l'ultime paramètre dans le cadre de cette *théorie du prochain malade*. Ainsi, l'argument gestionnaire, de dimension collective (ne pas être dispendieux de moyens), pollue-t-il le raisonnement médical, au détriment de l'individu, de dimension unique. La juste répartition des ressources est légitime mais peut conduire, en l'absence de vigilance, au renforcement des inégalités : choix du meilleur candidat excluant de fait celui considéré comme trop coûteux, ou trop lourd, ou avec de faibles chances de survie, ou tout autre argument jugé recevable pour le décideur, en l'occurrence le neurologue. Les choix opérés sont une véritable sélection des personnes, malades, sur des critères non validés, portant de fait un arbitraire fort. Les circonstances de décision, sur le vif, *in situ*, ne sont pas étrangères à la part d'arbitraire. La notion d'urgence, indépendamment de sa nature réelle ou non, réduit le délai de réflexion, oblige à une décision rapide ; la pression des moyens étant souvent majeure. Cette substitution inadaptée est d'autant plus pernicieuse, car d'autant moins perceptible, que la médecine d'urgence s'inscrit dans une temporalité brève, semblant avaliser le changement, voire l'inversion de paradigme. « *L'urgence neutralise le recours à la règle (ou au principe) et à l'approche déontologique - issue du rationalisme kantien - pour lui substituer une approche téléologique et utilitariste. La raison pratique qui présuppose la pertinence d'une réflexion critique concernant les fins ultimes de l'action humaine - que dois-je faire ? - se dérobe devant un autre type de rationalité de type instrumentale qui calcule les moyens pour réaliser une fin (telos), désormais pensée comme simple objet d'un désir sensible ou d'une préférence individuelle.* »⁴⁸⁶.

La violence du contexte, à savoir le manque de moyens, participe à la genèse de la *théorie du prochain malade*. « *De son côté, semble accompli par violence l'acte dont le principe vient de l'extérieur, un tel principe étant celui où l'on ne trouve aucune contribution de l'agent ou du patient. Ainsi, dans le cas où une bourrasque l'emporte*

⁴⁸⁶ D. Smadja, *Ethique médicale contemporaine*, in *Penser la médecine, Essais philosophiques*, Ellipses, 2002, p.82.

quelque part ou bien lorsque des personnes sont maîtres de lui.»⁴⁸⁷. Avoir en charge la gestion des moyens, et en devenir comptable, ne relève pas des attributions foncières des soignants. Au demeurant, cette fonction s'est progressivement imposée, obligeant les praticiens à participer à la gestion de l'outil. Néanmoins, la dérive a été la sélection des personnes, malades, non plus au regard de leurs besoins, mais par comparaison de leur attractivité respective. La notion d'attractivité étant éminemment variable d'un praticien à l'autre, d'un moment à l'autre (malade peu « lourd » en soins, pathologie intéressante, court séjour pressenti par exemple). Le manque de moyens est un principe extérieur aux soignants, ne dépendant pas directement d'eux, mais ayant une emprise importante sur leurs décisions. Ainsi, le neurologue consent-il, par son refus du malade malgré le lit disponible, à l'emprise de ce principe, et donc à la sélection des malades, endossant *de facto* une part de responsabilité indirecte à la situation. « *Dans quelles conditions, par conséquent, faut-il soutenir que des actes sont accomplis par violence ? A voir ces choses simplement, c'est chaque fois que la responsabilité s'en trouve dans les circonstances extérieures et que l'agent n'y contribue en rien.* »⁴⁸⁸. La responsabilité de la décision est totalement étrangère à l'urgentiste, qui devra malgré tout en assumer les conséquences, récupérant ainsi une responsabilité transitive, issue du choix du neurologue. De même, l'inquiétude aura pour conséquence l'obligation de poursuivre les soins de façon persévérante, en dépit de l'inaccessibilité du lit, telle une (op)position éthique, sorte d'impératif de type kantien. Si la prise en charge d'un malade ne peut se faire *ex nihilo*, le raisonnement médical ne peut être perverti au contact, et du fait, des contingences, sous peine d'être dénaturé et de perdre sa spécificité. « *Si l'on ne peut traiter chacun selon les règles de l'art médical par manque de moyens humains ou matériels, alors ne dispenser aucun soin dans une volonté égalitaire est totalement déraisonnable.* »⁴⁸⁹.

L'autonomie de l'urgentiste est empêchée, contrecarrée par cette hétéronomie intenable, issue d'une volonté extérieure à la sienne et d'autant plus difficile à intégrer qu'elle est mise sur le compte d'un *malade imaginaire*...à venir...peut être... Pourtant, insidieusement, les soignants ont appris à composer avec cette hétéronomie en quelque sorte apprivoisée, par obligation...par capitulation ? « *Est-ce qu'il y a quelque chose d'anormal ? Il n'y a plus rien d'anormal puisque l'anormal est devenu habituel.*

⁴⁸⁷ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, Op. cit., III, 1110 a 1-17.

⁴⁸⁸ *Ibid.*, III, 1110 a 1-17.

⁴⁸⁹ P. Valette, *Op. cit.*, p.185

Ainsi, tout s'arrange. »⁴⁹⁰. Car, en dépit de l'habitude, l'inquiétude de l'urgentiste vis-à-vis de la personne, malade, perdure, la conscience de l'autre ne se taisant pas en cas de confrontation, lors du face-à-face. Sans doute, le *pouvoir de dédoublement*⁴⁹¹ (développé par Georges Canguilhem), ramenant l'urgentiste à son caractère vivant, et donc à sa propre finitude, n'est-il pas étranger à cette inquiétude. De plus, le soignant se remémore « [...] *qu'il est impossible d'annuler dans l'objectivité du savoir médical la subjectivité de l'expérience vécue du malade* »⁴⁹². La distance induite par l'échange téléphonique épargne le neurologue d'être confronté à la personne, malade, et donc d'être exposé au *pouvoir de dédoublement*.

Le paradigme soignant est heurté par l'intrusion d'un argument gestionnaire, d'autant plus que cet argument s'intronise comme mode officiel de sélection des personnes, malades et donc de triage. Cette *théorie du prochain malade* semble illustrer un éventuel revers de la médecine. « *Le risque du « trop » est toujours présent dans le fait que c'est justement la promotion du bien, c'est-à-dire de l'utile, qui nourrit et porte à maturation le germe inné du « mauvais », c'est-à-dire du nuisible.* »⁴⁹³. Après avoir vécu une période de développement de *l'utile* (développement des connaissances et des techniques), les médecins, du fait du nombre de plus en plus importants de personnes éligibles à ces techniques performantes, sont obligés, tenus de faire des choix, les moyens n'étant pas, par ailleurs, illimités. Progressivement, le critère de choix étant illicite (manque de moyens), le « *nuisible* » s'est insinué, caractérisé par la sélection, parfois outrancière, difficilement concevable, et pourtant existante. Opposée à l'urgentiste, et de fait imposée à la personne, malade, la *théorie du prochain malade*, sorte de paroxysme de l'absurde, détourne le paradigme soignant de sa finalité humaine. « *Une vie, aujourd'hui, ne peut être évaluée en fonction de la valeur qu'elle aura demain. Soulager la souffrance « ici » ne peut légitimer d'abandonner une autre souffrance « ailleurs ».* Certes, le manque des moyens induit parfois la nécessité d'effectuer des choix, mais le contexte et les contraintes de l'action ne doivent pas modifier nos principes fondamentaux qui, par définition, ignorent les choix politiques. »⁴⁹⁴. En théorie, la réflexion et l'action ne devraient pas être conduites sous

⁴⁹⁰ E. Ionesco, *Le roi se meurt*, Paris, Gallimard, Folio, 2015, p. 31.

⁴⁹¹ G. Canguilhem, *Puissance et limites de la rationalité en médecine*, in *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, Vrin, 1968, 7^{ème} édition, 1994, p.409.

⁴⁹² *Ibid.*, p.409.

⁴⁹³ H. Jonas, *L'art médical et la responsabilité humaine*, Paris, Cerf, 2012. p.24.

⁴⁹⁴ Médecins sans frontières, *Discours d'acceptation du Prix Nobel*, 1999.

le joug de contraintes extrinsèques aux soins issues le plus souvent de choix politiques. Malheureusement, en pratique, les conséquences de certains choix politiques interrogent, puis bousculent et, enfin, transforment insidieusement les valeurs sociales des soins. Ces conséquences sont directement et concrètement portées par les soignants confrontés sur le terrain aux personnes, malades, et non par les décideurs.

La *théorie du prochain malade* n'est qu'une représentation patente de la mutation, pour et par certains soignants, des valeurs de soins dont l'équité. Lors du recours à un confrère, la discussion doit théoriquement permettre l'échange, chacun faisant entendre sa voix afin d'adopter une voie commune, guidée par le cas particulier et spécifique dont il est question. Dans ce cas précis, apparaissent au moins deux écueils. Le raisonnement du neurologue, pourtant explicite, ne fait pas preuve d'une démarche réflexive partagée, de repères communs, la décision étant, *de facto*, unilatérale et arbitraire. De plus, la finalité du raisonnement tenu occulte la personne, malade, présente et semble n'être dévolue qu'à la protection des moyens et non à leur juste utilisation. La tension éthique est prégnante, notamment par le non-respect du principe de justice, principe fondateur de notre société⁴⁹⁵, ne souffrant « *aucun compromis.* »⁴⁹⁶. La justice « [...] *genre d'état...qui pousse à exécuter les actes justes, c'est-à-dire qui entraîne à agir justement et à souhaiter tout ce qui est juste.* »⁴⁹⁷, « [*Mais la justice*] *résume en elle la vertu toute entière.* »⁴⁹⁸ et se doit d'être appliquée « [...] *chaque fois qu'il y a répartition d'avantages ou de désavantages.* »⁴⁹⁹. Dans cet exemple, l'acte décisionnel juste serait de répartir les moyens disponibles et donc de les utiliser pour la seule personne, malade, présente ne présentant pas de contre-indication à sa prise en charge en milieu spécialisé. Manifestement contraire à l'intérêt de la personne, malade, la décision prise s'inscrit en dehors du principe de justice car elle ne sert personne - « *Elle (la justice) sert les intérêts d'un autre quand elle nous fait agir...* »⁵⁰⁰ -. De plus, cette décision, par définition injuste, vient entacher le bien et conséquemment la bienveillance : « (...) *le bien est défini indépendamment du juste et, ensuite, le juste est défini comme ce qui maximise le bien.* »⁵⁰¹. Par l'absence de définition commune de la juste décision, telle une valeur étalon partagée, le désaccord

⁴⁹⁵ J. Rawls, *Théorie de la justice*, Points, Collection Essais, Paris, 2009, p.29.

⁴⁹⁶ *Ibid.*, p.30.

⁴⁹⁷ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, *Op. cit.*, Livre V,I, 1129 a 3.

⁴⁹⁸ *Ibid.*, V, 3, 1129 b 30.

⁴⁹⁹ J. Rawls, *Op. cit.*, p.34.

⁵⁰⁰ Aristote *Ethique à Nicomaque*, *Op. cit.*, 1130a1.

⁵⁰¹ J. Rawls, *Op. cit.*, p.50.

entre les deux interlocuteurs est patent. « *En l'absence d'un certain degré d'accord sur ce qui est juste et injuste, il est évidemment plus difficile pour des individus de coordonner efficacement leurs projets afin de garantir le maintien d'organisations mutuellement bénéfiques.* »⁵⁰². Le principe « D » de l'éthique de la discussion recouvre cette dimension : « *Une norme ne peut prétendre à la validité que si toutes les personnes qui peuvent être concernées sont d'accord (ou pourraient l'être) en tant que participants à une discussion pratique sur la validité de cette norme.* »⁵⁰³. Le désaccord semble également provenir de l'analyse de la situation, là encore, manifestement distincte. L'absence d'analyse consensuelle hypothèque la décision partagée. Or, par analogie avec *les Lois* de Platon, le but auquel doit tendre la discussion, c'est la paix et non la guerre⁵⁰⁴.

Qu'advient-il de la dimension contractuelle de la relation de soins face à cette décision de ne pas admettre le malade de 85 ans, malgré un lit disponible ? En effet, suite à l'arrêt Mercier issu de la Cour de Cassation (20 mai 1936), l'obligation professionnelle impose un contrat de soins. Cet arrêt mentionne qu'« *il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement sinon, bien évidemment, de guérir le malade, ce qui n'a d'ailleurs jamais été allégué, du moins de lui donner des soins, non pas quelconques, ainsi que paraît l'énoncer le moyen du pourvoi, mais consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science* »⁵⁰⁵. Si certaines situations peuvent être qualifiées d'*exceptionnelles*, avoir un lit, et refuser de prodiguer les soins *consciencieux, attentifs* au profit d'un malade virtuel n'a pas de caractère *stricto sensu* d'exceptionnel. La *théorie du prochain malade* ne pourrait légitimer l'ignorance, ou la négligence du contrat de soins. Parallèlement au contrat de soins, véritable obligation professionnelle, coexiste l'obligation de moyens à laquelle il n'est pas envisageable de déroger, lorsque les moyens sont disponibles. Aussi, la *théorie du prochain malade*, non-sens absolu, ne saurait être recevable au regard des obligations ordinale (obligation de moyens) et pénale (obligation du contrat de soins).

⁵⁰² *Ibid.*, p.32.

⁵⁰³ J. Habermas, *de l'éthique de la discussion*, Champs Flammarion, Paris, 2006, p.114.

⁵⁰⁴ Platon, *Les lois*, 627b-628a.

⁵⁰⁵ Cour de cassation, Civ., 20 mai 1936, Mercier.

Le raisonnement décisionnel ne devrait ignorer l'équité, garant de la considération de chaque singularité, chaque cas particulier. L'équité est ce milieu défini par Aristote, partition entre deux éléments : « (Or,) ce milieu c'est l'équitable car, dans chaque type d'actions où il y a place pour le trop et le trop peu, il y a place aussi pour l'équitable. »⁵⁰⁶. L'équitable est une moyenne entre deux quantités, à répartir entre deux personnes, intégrant le fait que les deux personnes ne sont pas égales. Lors de la présence de deux malades pour un seul lit, l'équitable consiste à ne pas négliger celui qui ne pourra accéder au lit. Ainsi, prescrire explicitement les soins à donner, sans être celui qui s'assurera de la continuité des soins, est un élément majeur d'équité, mais aussi d'engagement et de responsabilité. Ne pas le faire mène à l'injustice, doublée d'un abandon. « Ainsi donc, voilà ce qui est juste : le proportionnel.- Ce qui est injuste, en revanche, c'est ce qui est disproportionnel. »⁵⁰⁷. S'obliger à cette prescription, malgré la distance avec le malade non admis, évite de tricher et permet de s'inscrire dans l'inquiétude vis-à-vis de l'autre : « Pour un homme qui ne triche pas, ce qu'il croit vrai doit régler son action. »⁵⁰⁸. Parallèlement, le non-abandon procure une forme d'apaisement nécessaire car « La rationalité médicale du triage peut résoudre les dilemmes de l'action, mais rarement apaiser les émotions. »⁵⁰⁹.

La traçabilité de la discussion est en soi un dilemme. En effet, comment attester de la sollicitation de l'interlocuteur et signifier son refus du fait de l'attente d'un *malade imaginaire* ? Il est le plus souvent difficile de retranscrire *ad integrum* de la conversation ; les règles morales pouvant interférer avec pareil écrit. Seule la conclusion pourra être notifiée éludant, le plus souvent, le contenu des échanges et leur argumentation. Au demeurant, si la tâche de l'urgentiste paraît perpétuelle répétition, la satisfaction provient aussi de la perception d'avoir aidé l'autre, indépendamment de la nature de cette aide. « Je laisse Sisyphe au bas de la montagne ! On retrouve toujours son fardeau. Mais Sisyphe enseigne la fidélité supérieure qui nie les dieux et soulève les rochers. Lui aussi juge que tout est bien. Cet univers désormais sans maître ne lui paraît ni stérile ni futile. Chacun des grains de cette pierre, chaque éclat minéral de cette montagne pleine de nuit, à lui seul forme un

⁵⁰⁶ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, Op. cit., V,7, 1131 a 10.

⁵⁰⁷ *Ibid.*, 1131 b, 7.5, 7-20.

⁵⁰⁸ A. Camus, *Le mythe de Sisyphe*, Op. cit., p.21.

⁵⁰⁹ P. Redfield, *Triage sans frontières – Ouvrage : la médecine du tri. Histoire, éthique, anthropologie*. G. Lachenal, C. Lefève, VK. Nguyen.PUF, Paris, 2014, p.101.

monde. La lutte elle-même vers les sommets suffit à remplir un cœur d'homme. Il faut imaginer Sisyphe heureux. »⁵¹⁰.

3.2.3 A la recherche éperdue du temps ou la désunion temporelle

« L'instant présent, non pas l'instant ponctuel qui ne désigne jamais que le terme mis par la pensée au « temps écoulé » et l'apparence d'un arrêt dans cet écoulement, mais l'instant véritablement présent et plein n'existe que s'il y a présence, rencontre, relation. »⁵¹¹. Le temps ne serait rien sans rencontre, car celle-ci habite le temps, le rend perceptible comme habité...

Ne pas avoir assez de temps, sensation fréquente dans un service d'urgences. Impression récurrente de le grappiller, par ci par là, alors qu'il semble imperturbable, indifférent en train de s'égrener. Gagner du temps, ne pas perdre de temps et, pourtant, prendre *son* temps, *du* temps, ou tout du moins essayer de le prendre. Et finalement comment avoir recours au temps, sans en être dépossédé ou s'en déposséder soi-même ?

Il faut d'abord chercher à comprendre la dimension temporelle (temporaire ?) pour ne pas se heurter à elle mais, bien au contraire, faire alliance voire, le cas échéant, l'apprivoiser. « Qu'est-ce donc que le temps ? Si personne ne me le demande, je le sais ; mais si on me le demande et que je veuille l'expliquer, je ne le sais plus. »⁵¹². Saint Augustin résume ainsi la difficulté à définir cette *variable* invariante, car permanente. Du fait de cette perpétuité, le temps s'apparente à une donnée *intégrée*, une sorte de compagnon à la fois silencieux et indispensable. Le définir relève donc du défi. Certains ont recours à la géométrie en le disant linéaire ou circulaire. Lui conférer une image concrète semble permettre de le retenir, alors qu'il est une mesure caractérisée par la fuite puisqu'il ne s'interrompt jamais. Pourtant, la géométrie ne saurait, selon Pascal, le définir car le temps est un « *mot primitif* », terme qui désigne « [...] si naturellement les choses qu'il(s) signifie(nt), à ceux qui entendent la langue que l'éclaircissement qu'on en voudrait faire apporterait plus d'obscurité que

⁵¹⁰ A. Camus, *Le mythe de Sisyphe*, Op. cit., p.168.

⁵¹¹ M. Buber, Op. cit., p. 45.

⁵¹² Saint Augustin, *Les confessions*, livre XI, chapitre XIV, Garnier Flammarion, Paris, 1964, p. 264.

d'instruction. »⁵¹³. Le seul fait de prononcer un *mot primitif* ne demanderait, voire ne souffrirait, nulle définition se suffisant à lui seul. L'analogie serait-elle que le temps est une sorte de nombre premier ? Pascal insiste en disant qu'il « [...] *n'y a rien de plus faible que le discours de ceux qui veulent définir ces mots primitifs* »⁵¹⁴ dont le temps. Ainsi sa seule définition ne pourrait-elle être contenue que dans la seule expérience, dans l'épreuve du temps ?

Véritable énigme, le temps ne laisse pas présager ce qu'il sera sous réserve de savoir ce qu'il est. Cette énigme est ainsi énoncée dans le conte « *Zadig ou la destinée* » : « *Le grand mage proposa d'abord cette question : « Quelle est de toutes les choses du monde la plus longue et la plus courte, la plus prompte et la plus lente, la plus divisible et la plus étendue, la plus négligée et la plus regrettée, sans qui rien ne peut se faire, qui dévore tout ce qui est petit, et qui vivifie tout ce qui est grand ? » C'était à Itobad à parler. Il répondit qu'un homme comme lui n'entendait rien aux énigmes, et qu'il lui suffisait d'avoir vaincu à grands coups de lance. Les uns dirent que le mot de l'énigme était la fortune, d'autres la terre, d'autres la lumière. Zadig dit que c'était le temps. « Rien n'est plus long, ajouta-t-il, puisqu'il est la mesure de l'éternité, rien n'est plus court puisqu'il manque à tous nos projets, rien n'est plus lent pour qui attend ; rien n'est plus rapide pour qui jouit ; il s'étend jusqu'à l'infini en grand ; il se divise jusque dans l'infiniment petit ; tous les hommes le négligent, tout en regrettant la perte ; rien ne se fait sans lui ; il fait oublier tout ce qui est indigne de la postérité, et il immortalise les grandes choses.* »⁵¹⁵. Le grand mage utilise des qualificatifs descriptifs multiples dont certains appartiennent au registre mathématique (la dimension, la vitesse, le nombre) ou à la personnification du temps, à la fois capable de dévorer ou de vivifier. De plus, les caractéristiques énoncées s'inscrivent dans l'ambiguïté, car le temps est décrit comme une entité contradictoire (*longue et courte, prompte et lente, divisible et étendue*). L'Homme est capable d'investir le temps par des affects, des sentiments pouvant susciter de la négligence ou du regret. Fait de contrastes, voire de contradictions, le temps ainsi décrit pourrait s'apparenter à une figure d'oxymore à part entière. Constituant indispensable (*sans qui rien ne peut se faire*), le temps, figure humanisée par ses effets, efface l'empreinte des événements dévorant ce qui est insignifiant, négligeable ou, au contraire, vivifiant « *tout ce qui est grand* ». Le temps

⁵¹³ B. Pascal, *De l'esprit géométrique*, éditions eBooksFrance, p.8.

⁵¹⁴ *Ibid.*, p.8.

⁵¹⁵ Voltaire, *Zadig ou la destinée*, Gallimard, Folio Classique, Paris, Mai 2015, p. 139-141.

serait juge, l'Homme l'investissant du relief de son contenu, alors qu'il n'est que contenant. Zadig trouve la bonne réponse, et fait écho, point par point, à la description du mage, afin de valider son raisonnement. Selon Zadig, la grande force du temps réside dans son caractère indispensable, « *rien ne se fait sans lui* ». Ainsi le temps devient-il incarné, tel un personnage, une figure à part entière, participant à ce qu'il contient.

Le temps est invariant quant à sa mesure, indépendant de l'entité personnelle concernée, personne, malade, ou soignant. Pourtant à temps identique, commun, de fait partagé, le contenu est loin d'être similaire. Le temps qui s'égrène semble être porteur de réponses destinées tant aux personnes, malades, qu'aux soignants, chacun étant de fait dans l'expectative. La posture d'attente de la personne, malade, est totale : inactive, elle ne peut rien faire d'autre que patienter, décomptant le temps. L'attente du soignant est au contraire et, paradoxalement, active, le temps filant. L'implication quant à cette attente n'est pas non plus analogue : la personne, malade, attend pour elle-même et subit le temps dans sa durée, le médecin est occupé par l'action multiple, destinée à d'autres identiques à lui-même. Le temps n'est donc pas, ni dans la durée ni dans l'intensité, perçu de la même façon et semble contenir deux temporalités distinctes. Les interrogations, les doutes, les questions peuvent exister de part et d'autre, mais ne seront pas forcément communes et n'auront pas, de fait, le même impact. La personne, malade, peut s'inquiéter au cours d'un temps abstrait fait de conjectures. Le soignant enquête, au sein d'un temps concret, pétri d'action(s). Si le temps est commun pour la personne, malade, et le soignant, le ressenti n'est pas similaire. Car le temps se distend pour celui qui attend, tandis qu'il s'accélère pour celui qui agit. « *Pourtant certaines situations où se conjuguent l'intensité du vécu, l'importance des enjeux, l'incertitude du sort, le sentiment d'impuissance conduisent à une façon particulière d'éprouver spontanément la durée, à travers la sensation que le temps passe trop vite ou trop lentement et en tout cas que, d'une certaine manière, il passe plus fort.* »⁵¹⁶. Cette force du temps imprime à la mémoire une valence spécifique. Ainsi, certaines situations sont-elles mémorables voire omniprésentes, permanentes. Mais la valence de ce même temps, pourtant partagé, est discordante. Pour la personne, malade, le temps est, initialement, satellite de sa venue, et n'est que vecteur. Le but initial n'est pas que *cela* aille vite, mais bien de savoir la cause des

⁵¹⁶ Lombard J., Vandewalle B., *Op. cit.*, p.98.

symptômes. Pour le praticien, le temps est un paramètre à gérer, entité unique et plurielle à la fois. Unique car prise individuellement avec et pour chaque personne, malade. Plurielle car collective, à utiliser de façon équitable entre tous. Pour le soignant, la mémoire est réelle, celle des diagnostics, des circonstances, mais ni le cours de sa vie, ni sa temporalité personnelle propre ne sont pas rompus par un diagnostic. Pour les personnes, malades, le temps peut se suspendre.

Un homme d'une quarantaine d'années se présente le vingt-quatre décembre. En changeant son enfant âgé de quelques mois, il a eu du mal à utiliser sa main droite car elle ne « répondait » plus. Cela ne l'a pas trop inquiété, même s'il dit que cela a duré plusieurs minutes. C'est sa femme, « toujours trop angoissée », qui lui a dit d'aller consulter aux Urgences. Alors, il est venu. Il est calme et semble assez détaché par rapport à ce qu'il raconte. L'examen clinique est normal. Cet homme étant fumeur, le médecin décide de faire une radiographie, mais fait en même temps la demande d'imagerie cérébrale. Le cliché pulmonaire révèle une image...une image suspecte... L'hypothèse principale est qu'il existe une localisation secondaire cérébrale d'un éventuel processus néoplasique d'origine pulmonaire. Le scanner est fait, mais les images ne peuvent être éditées, en raison d'une panne partielle. Pourtant le radiologue, qui a vu les images sur la console, téléphone à l'urgentiste et donne le diagnostic : volumineuse métastase cérébrale. Le diagnostic ne présente a priori plus aucune inconnue. A quoi bon le dire alors que les images ne sont pas disponibles et que sans ces images il n'est pas possible d'affirmer le diagnostic de façon formelle ? Sa décision est prise, l'urgentiste va surseoir, et demande au monsieur de revenir dans 48 heures, car les images ne pouvant être imprimées, il ne peut lui donner plus de précisions.

Plusieurs éléments confèrent à cette histoire son caractère mémorable : la date chargée d'une symbolique forte, le contexte au cours duquel le déficit est apparu (s'occuper d'un enfant de quelques mois), la décision de différer l'annonce en se retranchant derrière la dimension médico-légale d'avoir vu les images. Le report de l'annonce peut être interprété comme une erreur, au sens déontologique, car le praticien doit une « *information loyale, claire et appropriée* » sauf si la personne a demandé à ne pas être informé du diagnostic⁵¹⁷. La symbolique du moment doublée

⁵¹⁷ Code de Santé Publique, article R.4127-35.

de la gravité du diagnostic est telle que l'analyse de l'urgentiste se porte, en toute conscience, vers l'autre et non vers le respect des devoirs professionnels. Sa décision, faisant intervenir son libre arbitre, est de donner un moratoire temporel, afin de protéger la personne, malade. Ce moratoire est ambigu pour le praticien, car il l'expose au manquement, même s'il ne s'agit que du report de l'annonce. Annoncer un diagnostic de pronostic sombre n'est jamais neutre pour le praticien, et imprime au temps une connotation particulière, une valence mémorielle. La gravité du diagnostic est telle que le temps semble descendre car alourdi, interrompant l'élan personnel tant de la personne, malade, que de celui qui annonce. Nombre de soignants après pareille annonce résumant pudiquement leur état « *Cela n'a pas été facile...* ». Du temps leur est alors nécessaire afin de se *remettre* de pareille annonce, bien que leur parcours ne soit pas modifié sur le plan personnel. *A contrario*, une bonne nouvelle (guérison, ou correction d'un diagnostic initialement grave) semble donner au temps une direction ascendante.

« *La vie se divise en trois moments : ce qui fut, ce qui est, ce qui sera. Des trois, celui que nous vivons est bref, celui que nous vivons aléatoire, celui que nous avons vécu, certain.* »⁵¹⁸. Les éléments certains, car avérés, porteurs des symptômes d'alerte appartiennent au passé et au présent, le futur étant porteur d'incertitude(s). Ainsi, les temps partagés par la personne, malade, et le soignant peuvent-ils être distincts et, parfois, à contretemps. La personne, malade, percevant quelque(s) anomalie(s) s'inquiète de ce qui a eu lieu ou se passe. Sa volonté est d'échapper à l'incertain et pouvoir poursuivre tant le présent que le futur. Afin d'enquêter et d'établir un diagnostic, le praticien fouille, décompose le passé et le présent pour comprendre, décrypter ce qui fut/est, afin, le cas échéant, d'intervenir et d'avoir une influence sur le futur voire, dans certains cas, de le permettre. Si la finalité est identique entre personne, malade, et soignant, leur temporalité est distincte. Le temps...dit passé quand il n'est plus, futur quand il n'est pas encore, et présent, sur l'instant, quand il est. Ces conjugaisons cristallisent *un avant* et *un après*, liés au déroulement du temps lui-même. Tout changement, tout évènement articule ou désarticule le temps, le marque, et rompt son cours, son caractère homogène. « *Lorsque nous percevons, et définissons un changement alors nous disons qu'il s'est passé du temps, il est manifeste que le temps n'existe pas sans mouvement et changement.* »⁵¹⁹. Permanent, mais divisé en valeurs

⁵¹⁸ Sénèque, *Sur la brièveté de la vie*, Op. cit., p.26-27.

⁵¹⁹ Aristote, *Physique*, 218 b.

perceptibles servant de référence commune pour tous : les jours, les heures, les minutes... Et pourtant, malgré la notion de constance du temps, ce dernier *avance*, semble nous échapper. « *Si bien que ce qui nous autorise à affirmer que le temps est, c'est qu'il tend à n'être plus.* »⁵²⁰. Or, en situations d'urgence, il faut considérer que le temps est sans lui conférer une impermanence, sous peine précisément de passer à côté. Car le moteur du temps réside dans sa finalité, les soins, et non pas dans sa retenue ou sa suspension.

« *Ce n'est pas le temps qui manque, c'est nous qui lui manquons.* »⁵²¹. Dans un service d'urgences, la problématique souvent énoncée est que le temps semble manquer ou qu'il n'y en a pas : « *Je n'ai pas le temps ...* » entend-on souvent. La problématique est fréquente parmi les urgentistes : manquer de temps, toujours, presque tout le temps, et courir après, chercher à *en* gagner. Paradoxalement, seul le temps est pointé du doigt alors même qu'il est à disposition. Cette confusion ne proviendrait-elle pas, au moins partiellement, de la conception même du temps. « [...] *le « temps », au lieu de se laisser constituer en objet propre, est plutôt ce qui rend chaque fois possible, et libère, [...]* »⁵²². En effet, le temps n'est pas à considérer tel un objet en soi, à prendre précautionneusement ou à utiliser, mais bien comme le support de ce qui peut être. Le temps est donc avant d'être fixe et figé, un espace de liberté accessible, sous réserve de le concevoir comme tel et d'en disposer. L'entité temporelle est tout à la fois un temps objectif, métronomique lié à sa mesure, et un temps subjectif, au cours duquel exprimer, pour l'urgentiste, la liberté d'agir. En tant que soignant, l'écart est de réussir à conjuguer temps objectif et subjectif. « *Apprends donc à le [le temps] recueillir et à le ménager. Persuade-toi de cette vérité : des heures nous sont volées par force, parfois par surprise ; nous en laissons d'autres s'écouler. Cependant, la perte la plus honteuse est celle causée par notre négligence : réfléchis bien et tu verras que la majeure partie de l'existence se passe à mal faire, une grande part à ne rien faire et la totalité à faire tout autre chose que ce qu'il faudrait.* »⁵²³. Si Sénèque parle dans les *Lettres à Lucilius* de l'existence personnelle, il est tout à fait possible de transposer ce propos à la pratique médicale. Voir ce qui est bien fait ne permet pas, ou rarement, de remise en question, mais génère du contentement voire, parfois, de la fierté. Repérer

⁵²⁰ Saint Augustin, *Les confessions*, Livre XI, chapitre XIV, *Op. cit.*, p.264.

⁵²¹ P. Claudel, *Le partage de midi*, Gallimard, Folio, Paris, 1993, p.26.

⁵²² F. Jullien, *Du « temps », Eléments d'une philosophie du vivre*, *Op. cit.*, p.98.

⁵²³ Sénèque, *Lettres à Lucilius*, Lettre 1, Fayard, Editions Mille et une nuits, Paris, 2015, p.8.

ce qui fait défaut en pointant le seul temps est un leurre. Ce qui fait défaut est la façon dont le temps est occupé, dont il est utilisé pour prendre soin d'autrui. Ce mésusage est d'autant plus *honteux*, pour reprendre le qualificatif utilisé par Sénèque, que si ce temps nous appartient, il est également, d'abord et surtout, celui de la personne, malade. Le conseil donné à Lucilius est de se saisir de « ...*tous les instants* »⁵²⁴, comme si le temps était préhensible puisqu'il nous incombe d'en disposer et non de le laisser disposer de nous du fait de notre ignorance à l'utiliser. « *Que chacun examine ses pensées, il les trouverait toutes occupées au passé et à l'avenir. Nous ne pensons presque point au présent ; et si nous y pensons, ce n'est que pour en prendre la lumière pour disposer de l'avenir. Le présent n'est jamais notre fin : le passé et le présent sont nos moyens ; le seul avenir est notre fin.* »⁵²⁵. Les soins appartiennent au présent pour pouvoir, par leur intermédiaire, avoir une quelconque influence sur l'avenir.

La quintessence des soins en médecine d'urgence réside dans leur absolue nécessité, définissant l'urgence, à savoir ce dont il faut « *s'occuper sans retard* »⁵²⁶. L'origine du mot urgent est issue du participe présent du verbe latin *urgere* signifiant « *pousser, presser* »⁵²⁷. L'urgence, qui ne saurait être différée, est ainsi inféodée, voire aliénée, au temps, entité apparaissant comme centrale, alors que l'impératif est ailleurs. La finalité ultime de l'action n'est pas le temps mais la gravité de la maladie, immédiate ou potentielle. Pourtant, ne pas (savoir) répondre à l'urgence, ou éventuellement choisir une option inadaptée, peut conduire à l'hypothèque du temps de la personne, malade. La prise en charge d'un Autre parfois peu aisée est une énigme dont la résolution peut advenir via la question suivante : Où se situe l'urgence ? La géographie (qu'elle soit diagnostique, ou thérapeutique) contenue dans le *où*, replace d'emblée le temps comme un support et non comme l'ultime finalité. L'essence de l'urgence consisterait-elle seulement à aller vite (comme semble parfois le vouloir la société) ou bien, au contraire, à opter pour la bonne décision indépendamment du temps à *prendre* ? Ne pas prendre le temps nécessaire est un moyen *sûr* de ne pas le perdre. Orienter le temps en sens unique, à savoir celui des personnes, malades, permet notamment de le détourner et d'éviter la sensation d'en avoir perdu. Dans *La peste*, la figure du Docteur Rieux évoque explicitement la nécessité de prendre du temps de façon

⁵²⁴ *Ibid.*, p.8.

⁵²⁵ B. Pascal, *Pensées*, fragment 172.

⁵²⁶ Le Robert, Op. cit.

⁵²⁷ Le Robert, Op. cit.

urgente : « Toute la ville avait la fièvre, c'était du moins l'impression qui poursuivit le docteur Rieux, le matin où il se rendait rue Faidherbe, afin d'assister à l'enquête sur la tentative de suicide de Cottard. Mais cette impression lui paraissait déraisonnable. Il l'attribuait à l'énervement et aux préoccupations dont il était assailli et il admit qu'il était urgent de mettre un peu d'ordre dans ses idées. »⁵²⁸. A ce moment précis, l'urgence n'est ni dans la fièvre de la ville ni dans l'enquête en cours, éléments pourtant préoccupants. L'urgence réside dans la capacité d'analyse du médecin, c'est-à-dire remettre ses idées en ordre, alors que ce temps nécessaire à cette tâche pourrait apparaître comme inutile, voire pure perte.

Dans les établissements MCO - Médecine, Chirurgie, Obstétrique -, la très grande majorité des services aigus portent des noms de disciplines (cardiologie, rhumatologie...), se rapportant à des entités nosologiques sans lien au temps. Seul le service des urgences comporte dans sa dénomination une dimension temporelle explicite, courte, rapide implicitement associée à l'efficacité. L'empreinte du temps est d'autant plus prégnante que l'arrivée des personnes, malades, est le plus souvent incessante et imprévisible. Le rapport au temps est très différent d'un service à l'autre. Les soignants des Urgences vivent dans un rapport à l'instant, rythme effréné pour ne pas dire frénétique, poussé, pressé par les nouveaux *inscrits*... Le référentiel temporel est distinct de celui de l'hôpital et s'avère parfois même à contretemps... « *Je te rappelle...* », répond un médecin à l'urgentiste. L'instinct de l'urgentiste sera le plus souvent de lui demander « *Quand ?* ». L'espace-temps n'est pas commun, voire parfois non conciliable entre les différents services, les soignants. Certains interlocuteurs hospitaliers n'appréhendent pas le rapport au temps de façon aussi aiguë que les soignants des Urgences, leur référentiel étant moins *pressé* au sens propre comme au sens figuré. « *Si je dis que je te rappelle c'est que je te rappelle, mais je te rappelle.* » répond le collègue à l'urgentiste, un peu dépité. En effet, tandis que l'hôpital fonctionne, respire sur la journée, les Urgences scandent à l'heure voire, parfois, à la poignée de minutes. Et de temps à autre, le rapport à l'urgence s'inverse... Certaines situations vécues comme urgentes pour des soignants des services hospitaliers sembleront, pour les soignants des Urgences, dénuées de ce critère.

⁵²⁸ A. Camus, *La peste*, Gallimard, Folio, Paris, 1983, p.36.

Lors de la prise en charge, le temps, passé et présent, est d'emblée interrogé. Le passé, plus ou moins proche, est questionné, disséqué. Dé-composé en vue d'assembler les éléments pertinents, le passé est secondairement recomposé. Le travail consiste à traduire, à encoder ce qui est dit pour le faire correspondre, ou non, avec une entité pathologique. « *Il est impossible au médecin de comprendre l'expérience vécue par le malade à partir des récits des malades. Car ce que les malades expriment dans les concepts usuels, ce n'est pas directement leur expérience, mais leur interprétation d'une expérience pour laquelle ils sont dépourvus de concepts adéquats.* »⁵²⁹. En effet, le malade relate un vécu, des signes ne connaissant pas forcément leur signification pathologique éventuelle. La traduction médicale, véritable traque, est un exercice de décryptage afin de détecter, repérer, lentement la maladie éventuelle ; le médecin se devant d'être « [...] sérieux [...], dispo[s] aux réponses, [...] pénétrant[s] et parleur[s] dans les concordances, modéré[s] envers tous, silencieux dans les troubles, résolu et fermes pour garder le silence, bien disposés dans l'opportunité en la saisissant[...] »⁵³⁰. Le présent est, quant à lui, interprété, articulé avec le passé. L'anamnèse est donc une sorte d'archéologie fine consistant à débusquer ce qui a été, à savoir le(s) symptôme(s) et à lui (leur) donner place en rapport avec ce qui est. Le futur devient progressivement le support projectif des risques évolutifs potentiels. Ainsi, la réflexion hypothético-déductive s'appuie-t-elle sur les temps pour reconstituer le schéma évolutif des symptômes, voire de la maladie.

Toutefois, parallèlement à ce travail hypothético-déductif, la déformation professionnelle de l'urgentiste, devenant parfois tendance naturelle, est de penser le temps avant qu'il n'existe. Mais il ne s'agit pas du temps de la personne, malade, présente, mais de celui du service, sorte de pulsation. Sous le poids des contingences (manque de places d'hospitalisation par exemple), une certaine propension, pour ne pas dire un réflexe, à anticiper ce qui risque d'advenir peut exister. Ainsi, par l'interrogation, le temps est-il considéré comme un futur antérieur au moment présent. L'évolution potentielle de la journée est source de conjectures au regard de différents paramètres témoins de la charge de travail (flux, nombre de malades présents, lits disponibles...). Le présent est bousculé, anticipé, presque projeté dans le futur et donc obéré. Le moment actuel devient conditionnel, car conditionné par la nécessité de pouvoir assurer les soins du flux ininterrompu. Or, par cette attitude, se crée un

⁵²⁹ G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, PUF, Paris, août 2007, p.70.

⁵³⁰ Hippocrate, *Œuvres complètes*, vol. 9, trad. Emile Littré, J.-B. Baillière, 1861, p.229.

manquement au présent confirmant le propos de Sénèque : « [...] saisis-toi de tous tes instants. En étant maître du présent, tu dépendras moins de l'avenir. »⁵³¹. L'esprit de l'urgentiste virevolte incessamment entre l'échelon individuel, la personne, malade, présente, l'échelon collectif, les personnes dont il est en charge, et l'échelon satellite de ce qui se passe dans le service. La présence à l'autre est d'une certaine façon brouillée par nombre d'éléments n'ayant qu'un lien indirect avec ce dernier, comme un décalage des temps. « C'est n'être nulle part que d'être partout. »⁵³². L'exercice consisterait à faire abstraction de l'extérieur pour habiter le moment, *hic et nunc*. Selon Michel de Montaigne, « *Composer nos mœurs est notre office, non pas composer des livres, et gagner non pas des batailles et provinces, mais l'ordre et la tranquillité de notre conduite. Notre grand et glorieux chef-d'œuvre, c'est de vivre à propos* »⁵³³. Ne faut-il pas, par analogie, *soigner à propos* : se consacrer entièrement à ce qui se passe devant soi. « *En étant maître du présent, tu dépendras moins de l'avenir.* »⁵³⁴.

Pour aboutir à cette démarche, il semble nécessaire de s'inscrire dans la course du temps et non contre le temps. Retrouver mais également redonner cohérence et cohésion au temps, tel un lien regroupant les moments dispersés. Relever le défi de se déjouer du temps, afin de l'utiliser pleinement, et non de le subir comme un curseur oppressant. Ignorer la fragmentation absurde imputable au fonctionnement spécifique des Urgences serait non contributif. Composer avec la fragmentation, et l'inclure dans la pratique, en ayant le souci de relier le moment consacré à l'autre au temps précédent déjà passé avec cette même personne. Reprendre en quelque sorte l'histoire et lui redonner un sens directionnel, mais aussi une signification relationnelle déjouant l'anonymat du soignant, et replaçant la personne, malade, au centre des préoccupations. Cette voie exigeante, et sans nul doute escarpée, requiert abnégation et persévérance, qualités connues des soignants (des Urgences). Une fois cette discipline temporelle, quasi-narrative, intégrée, se révèle une forme d'apaisement car « *L'être humain est ainsi fait que tout ce qui donne sens l'apaise.* »⁵³⁵. Cette voie ne sera pas sans questionnement quant à la façon de procéder, d'agir, d'interagir. « *Ne cherchez pas pour le moment des réponses qui ne peuvent vous être apportées, parce que vous ne sauriez pas les mettre en pratique, les « vivre ».* Et il s'agit précisément

⁵³¹ Sénèque, *Lettres à Lucilius*, *Op. cit.*, p.8.

⁵³² *Ibid.*, p.10

⁵³³ M. de Montaigne, *Les essais*, III, 13, 1108, Paris, Seuil, 1967.

⁵³⁴ Sénèque, *Lettres à Lucilius*, *Op. cit.*, p.8.

⁵³⁵ A. Feissel-Leibovici, *Parcours de santé*, Paris, Armand Colin, 2004, p.143.

de tout vivre. Ne vivez pour l'instant que vos questions. Peut-être, simplement en les vivant, finirez-vous par entrer insensiblement dans les réponses. »⁵³⁶. Le temps apportera sans doute la capacité à répondre.

Au fil de l'évolution médicale, la technicité a progressivement pris une place prépondérante dans le but d'améliorer les capacités diagnostiques, thérapeutiques. Toutefois, l'effet adverse semble la mise à distance de la *dialectique soignante*, voire sa substitution, ne serait-ce que partielle, la parole d'une image apparaissant plus fiable que celle du praticien.

La dame est assise dans la salle de consultation du tri. Le médecin entre, salue la dame et lui demande le motif de sa venue.

- *Que vous arrive-t-il ?*

- *J'ai passé mes vacances d'hiver à la montagne et j'ai fait une mauvaise chute. J'ai perdu connaissance, et le médecin que j'ai consulté m'avait demandé d'aller faire un scanner. Je ne voyais pas l'intérêt de quitter la station et d'aller dans la vallée à plusieurs dizaines de kilomètres de là pour faire cet examen. Mais maintenant je m'inquiète et je veux faire cet examen.*

- *C'était il y a combien de temps cette chute ?*

- *Il y a une semaine.*

- *Depuis, vous n'avez pas vomi, pas eu de maux de tête, pas de malaise, pas de modification de la vue ? Pas de fourmillement dans les membres ?*

- *Non depuis je me sens bien, mais je veux faire le scanner.*

- *Je vais commencer par vous examiner complètement.*

Le médecin réalise un examen clinique complet, notamment neurologique, ostéo-articulaire en insistant sur le rachis cervical. L'examen de la dame est tout à fait normal.

- *Votre examen est strictement normal, et nous sommes à distance de la chute. Le scanner n'est pas forcément nécessaire et n'est pas en tout cas urgent.*

- *Mais, vous n'avez pas compris, je suis venue pour le scanner pas pour que vous me disiez que mon examen est normal.*

⁵³⁶ R. M. Rilke, *Op. cit.*, p.43.

- *C'est plutôt une excellente nouvelle que votre examen soit normal. Il n'y a pas de nécessité à faire le scanner aujourd'hui. Revoyez votre médecin traitant s'il se passe quoi que ce soit.*
- *Bon et bien je vais effectivement aller voir quelqu'un d'autre et je vais me débrouiller pour avoir le scanner.*

Dans cette consultation, malgré les explications, la place de l'expertise clinique n'est ni entendue, ni reconnue par la dame. De façon objective, l'examen clinique s'avère indispensable pour authentifier les troubles de la personne, et orienter, le cas échéant, le choix de l'examen complémentaire. La dame semble n'être venue que pour l'image, se fiant à ce qui lui aurait été dit lors de sa chute, et reléguant l'expertise clinique. L'image peut aussi être interprétée comme gain de temps, puisqu'elle révèle, dit d'emblée une éventuelle pathologie pouvant prendre du temps à apparaître. Ainsi le cancer est-il parfois diagnostiqué de façon fortuite, ou lors de dépistage systématique, la personne étant asymptomatique. A l'inverse, afin de juger de la nécessité, ou non, d'avoir recours à une éventuelle imagerie, le praticien privilégie la clinique, conformément à la pratique. Cette consultation est conversationnelle, sans examen complémentaire, ajournant la prépondérance des actes techniques. Toutefois, cet échange stigmatise la différence de rythme, et donc de temps, entre les interlocuteurs. L'une s'inscrit dans le temps de l'image qui lui permettrait de gagner ou de rattraper du temps, l'autre dans le temps du signe, afin de juger de l'utilité d'avoir recours ou non à l'image. Prendre du temps, donner de l'espace au temporaire permet l'échange, bien que le temps soit contraint (plus que compté), par la nécessité de l'utiliser pour l'ensemble des personnes, malades, de façon juste. « *Chacun de nous est tiraillé entre plusieurs manières d'être, pressé ou ralenti par le dehors (ou par ses propres directions intérieures) ; et la vie est une réponse permanente à ces discordances, une structuration de soi malgré elles mais surtout avec elle - c'est l'invention d'une danse qui a besoin d'appuis.* »⁵³⁷. Pour le praticien, le *dehors* à cet échange est de plusieurs ordres : la nécessité énoncée quelques jours plus tôt de faire un scanner (élément extérieur s'il en est), le flux des malades et, indirectement, la gestion collective de l'accès aux techniques de soins.

⁵³⁷ M. Macé, *Le rythme des autres*, in *Où est passé le temps ?*, sous la direction de J. Birnbaum, Gallimard, Folio Essais, Paris, 2012, p.41.

Certains pourraient considérer que c'est pure perte de temps que d'échanger. Mais l'échange permet de percevoir l'autre et, en pareille situation, d'éprouver le temps. « *Question : comment faire pour ne pas perdre son temps ? Réponse : l'éprouver dans toute sa longueur.* »⁵³⁸ dit Jean Tarrou, personnage de *La peste*. Éprouver le temps dans sa longueur est bien une certitude, qui peut paraître paradoxale dans un service d'urgences. Au sens littéral, cette dimension d'éprouver le temps signifie le fait de « *reconnaître par certaines opérations si une chose a les qualités requises, la valeur qu'on lui attribue* »⁵³⁹. Ainsi, l'épreuve du temps confère à l'échange sa valeur, sous réserve de le mettre à profit. Cette épreuve du temps peut être dispendieuse lorsqu'on ne se sert pas de lui. *A contrario*, quand il est utilisé à bon escient, le temps peut être gain. L'urgentiste doit percevoir le rythme de la personne, malade, et tenter de s'y adapter ne serait-ce que partiellement pour pouvoir justement favoriser l'échange, la rencontre. Le *rythme d'être* selon l'expression d'Henri Michaux⁵⁴⁰. Dans cet échange, malgré la mésentente, le temps est utilisé pour expliquer et tenter de rassurer, bien que la dame ne l'entende pas.

Ainsi, prendre du temps c'est en quelque sorte réagir contre le flux, et donc agir *concrètement* pour le(s) malade(s). Le meilleur moyen de ne pas perdre de temps, c'est de ne pas le prendre. Ne pas prendre du temps, celui nécessaire, est synonyme de négligence vis-à-vis de celui qui est à soigner, et place le soignant hors du devoir de soins. La dimension du devoir est ici entendue en écho à Victor Hugo lors de son discours du 9 juillet 1849 devant l'Assemblée Nationale. Victor Hugo avait eu cette formule concernant la lutte contre la misère que nous avons déjà évoquée auparavant : « *... tant que le possible n'est pas fait, le devoir n'est pas rempli.* »⁵⁴¹. Le possible comporte donc le devoir ou tout du moins leur lien est-il indéfectible afin que l'un permette l'autre. Sans avoir effectué le(s) possible(s), en ne le(s) réalisant pas totalement, l'engagement n'existe pas puisque le devoir n'est pas rempli.

⁵³⁸ A. Camus, *La peste*, Gallimard, Folio, Paris, 1983, p.31.

⁵³⁹ Le Robert, *Op. cit.*

⁵⁴⁰ H. Michaux, *Passages*, dans Œuvres Complètes, t.I, Paris, Gallimard, Bibliothèque de la Pléiade, 2001, p.342.

⁵⁴¹ V. Hugo, *Détruire la misère*, Discours à l'assemblée nationale du 9 juillet 1849.

3.3 Course de désorientation

3.3.1 Vulnérabilités démultipliées

« Il est inhérent à la relation soignante d'être une relation d'inégalité, que le patient aborde dans un état de vulnérabilité et d'humanité blessée, état qui n'est pas partagé par les autres situations d'atteinte à l'humanité et de vulnérabilité. ».

Pellegrino ED., *Being ill and being healed, Some reflections on the grounding of medical morality*. Bull N. Y. Acad Med, 1981, vol 57, n°1, p.70-79.

3.3.1.1 Généralités

Selon la définition du dictionnaire, la vulnérabilité correspond au « *caractère de ce qui est vulnérable : sensible, fragile, précaire* »⁵⁴². L'adjectif vulnérable est emprunté au latin *vulnerabilis*, lui-même dérivé du verbe *vulnerare* signifiant qui « *peut être blessé, atteint, frappé par un mal physique* »⁵⁴³ ; la blessure pouvant être d'ordre moral. Afin d'appréhender, de percevoir le caractère vulnérable, l'adjectif *fragilisable* semble adapté, caractéristique signifiant que la solidité, l'intégrité peuvent être érodées par un évènement. La vulnérabilité peut être à la fois une réalité, une potentialité et/ou une probabilité.

La vulnérabilité première de l'Homme est innée, et réside en son humanité. Cette vulnérabilité universelle, inféodée à la condition humaine est qualifiée par Martha Nussbaum de « *naturelle* » ou « *constitutive* »⁵⁴⁴. Cette vulnérabilité est souvent évoquée par Sénèque, notamment dans *La brièveté de la vie* : « *Vous vivez comme si vous alliez vivre toujours, jamais votre fragilité ne vous vient à l'esprit, vous n'observez pas combien de temps est déjà passé ; vous le perdez comme si vous en aviez tant et plus, quand - pour ce qu'on en sait - peut être celui-là même que vous donnez à quelqu'un ou à quelque chose est votre dernier jour. Autant vos peurs incessantes sont*

⁵⁴² Le Robert, *Op. cit.*

⁵⁴³ Le Robert, *Op. cit.*

⁵⁴⁴ M. Nussbaum, *The fragility of Goodness. Luck and ethics in Greek Tragedy and philosophy*, Cambridge, Cambridge University Press, 2001, p.2.

celles de mortels, autant vos désirs incessants sont ceux d'immortels. »⁵⁴⁵. La première vulnérabilité, incontournable, commune et partagée est l'état de mortel, caractérisé par la finitude de terme inconnu. Or, être inconscient, ou faire semblant de l'être, de cet inéluctable terme, plus ou moins proche, conduit à être inconséquent, au gaspillage du temps, telle une fontaine intarissable. Ne pas intégrer la vie comme étant comptée est une véritable contradiction, issue du désaccord entre l'inconscience de cette finitude (fut-elle fausse, conduisant l'Homme, toujours avide, à dilapider le temps) et sa peur de mourir. « *Les hommes savent. Ils font comme s'ils ne savaient pas ! Ils savent et ils oublient. Lui, il est roi. Lui, il ne doit pas oublier. Il devait avoir le regard dirigé en avant, connaître les étapes, connaître exactement la longueur de sa route, voir l'arrivée.* »⁵⁴⁶. Faire semblant, *faire comme si*, forme de théâtre où l'Homme se raconterait une histoire dont la fin ne connaîtrait pas la sienne...

Parmi les mythes fondateurs, celui de Prométhée est central plaçant la vulnérabilité au cœur de son propos. Dans ce mythe, les Dieux façonnent les hommes « *en réalisant un mélange de terre, de feu et de tout ce qui se mêle au feu et à la terre* »⁵⁴⁷, et chargent ensuite Epiméthée et Prométhée « *...de répartir les capacités [...] en bon ordre* ». Les capacités correspondent aux moyens nécessaires pour survivre, et la répartition assurée par Epiméthée se fait « *...pour éviter qu'aucune race ne soit anéantie.* »⁵⁴⁸. Ainsi le but est-il de prémunir chaque espèce de sa vulnérabilité constitutive. Mais, Epiméthée (*celui qui pense après*), sans y prendre garde, n'établit pas une distribution juste, délaissant la race humaine. Le jour même où l'homme doit sortir de terre et paraître à la lumière, Prométhée (*celui qui pense avant*) ne peut que constater « *...l'homme nu, sans chaussures, sans couverture, sans armes.* »⁵⁴⁹. Afin de protéger la race humaine, Prométhée va dérober le feu et le savoir technique d'Héphaïstos et d'Athéna. Malgré ses atouts, l'Homme reste vulnérable vis-à-vis de ses congénères, et toute cité est vouée à l'échec, par manque de savoir politique, possession de Zeus. Ce dernier, par peur que l'espèce humaine ne périsse, envoie Hermès apporter aux hommes l'*aidos* - concept polysémique, recouvrant notamment la notion de respect -, et la *dike*, la justice, afin que les hommes puissent vivre ensemble. Dans ce mythe, la vulnérabilité humaine est double. Vulnérabilité face à la nature, à laquelle Prométhée

⁵⁴⁵ Sénèque, *Sur la brièveté de la vie*, *Op. cit.*, p.13.

⁵⁴⁶ E. Ionesco, *Op. cit.*, p.19.

⁵⁴⁷ Platon, *Protagoras*, GF Flammarion, Paris, 1997, 320d, p.84.

⁵⁴⁸ *Ibid.*, 321a, p.85.

⁵⁴⁹ *Ibid.*, 321c, p.85.

remédie par le vol du feu et du savoir technique. Vulnérabilité interhumaine liée à l'incapacité des hommes à vivre ensemble, et à laquelle Zeus pallie par le don du savoir politique. Ainsi, du fait de ses vulnérabilités multiples, l'Homme est le seul à faire l'objet de plusieurs distributions, lesquelles révèlent ses failles plus ou moins pressenties.

Parmi les héros grecs, Achille incarne la vulnérabilité constitutive. A dessein d'invincibilité, sa mère, la nymphe Thétis, le plonge en le tenant par le talon dans le Styx, fleuve ayant pour vertu de rendre invulnérable. Mais ce talon, reliant Thétis à Achille, n'a pas été baigné, et représente le point faible d'Achille par lequel il périra, sous la flèche de son congénère Paris. Le talon, si petit soit-il, rappelle à l'Homme sa vulnérabilité et son destin de mortel. Le talon d'Achille, atteint par un autre homme, fait écho au mythe de Prométhée, rappelant l'impossibilité des Hommes de vivre ensemble jusqu'à l'intervention divine de Zeus. Ignorer son *talon* serait inconscience absolue. Au demeurant, éprouver, percevoir pleinement, au plus profond de son être, la vulnérabilité rappelle l'Homme à son humanité, synonyme de fragilité. Ainsi selon Œdipe, la condition d'Homme serait éprouvée dans le dénuement absolu, véritable acmé de la vulnérabilité : « *C'est quand je ne suis plus rien que je deviens vraiment un homme* »⁵⁵⁰. Ce « *plus rien* » fait écho à l'erreur de distribution d'Epiméthée responsable de la nudité initiale de l'Homme.

Tout au long de son existence, chaque personne est amenée, de façon plus ou moins précoce, intense, à percevoir, à éprouver sa (ses) vulnérabilité(s). « *L'homme n'est qu'un roseau, le plus faible de la nature ; mais c'est un roseau pensant. Il ne faut pas que l'univers entier s'arme pour l'écraser : une vapeur, une goutte d'eau, suffit pour le tuer. Mais, quand l'univers l'écraserait, l'homme serait encore plus noble que ce qui le tue, parce qu'il sait qu'il meurt, et l'avantage que l'univers a sur lui, l'univers n'en sait rien. Toute notre dignité consiste donc en la pensée. C'est de là qu'il faut nous relever et non de l'espace et de la durée, que nous ne saurions remplir. Travaillons donc à bien penser (...)* »⁵⁵¹. L'image du roseau inscrit l'Homme dans le règne végétal. Tout comme Epiméthée l'avait distingué des autres espèces animales en le laissant nu, et donc vulnérable, Pascal isole l'Homme du règne animal. L'allure frêle, gracile, chétive du roseau est une image d'emblée préhensible venant renforcer, voire exacerber, la dimension de fragilité. Cette image du roseau permet d'insister sur le fait que l'Homme

⁵⁵⁰ Sophocle, *Œdipe à Colone*, vers 393, Paris, Babelio, Editions théâtrales.

⁵⁵¹ B. Pascal, *Pensées*, tome second, Paris, Lefèvre Librairie, 1819, p.84.

est potentiellement à la merci des éléments naturels car plus faible qu'une « vapeur », qu'une « goutte d'eau ». Pourtant, le roseau se relève par sa capacité à penser, ce que l'univers, bien plus fort physiquement, ne sait faire. Tout comme chez Jean de La Fontaine, la métaphore du roseau est subterfuge, l'apparence étant trompeuse car le roseau « [Je] plie mais ne romps pas »⁵⁵², contrairement au chêne bien plus imposant, sorte de colosse au pied d'argile. Pour Pascal, la supériorité de la pensée extrait l'Homme de sa condition de mortel, le grandit et le libère de sa finitude.

Cependant, si la mécanique de la pensée, indépendamment de son contenu, est en soi une forme de dignité, le salut provient du fait de bien penser. Car l'Homme ne peut remplir l'espace et la durée du fait même de sa condition de mortel. Il semble donc que par le bon usage de la pensée, l'Homme éloigne et/ou transcende la vulnérabilité constitutive qui est sienne. Pour autant, le fait de bien penser est-il garant et/ou indissociable de faire le bien ? Penser (le) bien doit-il conduire l'Homme, en dépit de sa propre vulnérabilité ou, au contraire, par vulnérabilité, à penser dans le but d'aider l'Homme qui lui fait face ? Nulle réponse dans l'assertion de Pascal. Pourtant, user de la pensée et ne pas la diriger envers l'autre serait dénier notre propre vulnérabilité.

3.3.1.2 Vulnérabilité en droit

Le code civil, dans son article 425, définit la personne vulnérable comme « *Toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté [peut bénéficier d'une mesure de protection juridique ...].* »⁵⁵³. En droit, la notion de vulnérabilité juridique nécessite la reconnaissance médicale d'une altération mentale ou corporelle interférant avec la capacité de pouvoir exprimer sa volonté et de nuire à ses intérêts. Cet état de vulnérabilité implique l'assistance d'une personne ou protection juridique. Cette mesure de protection juridique a pour conséquence de stigmatiser la vulnérabilité, de la rendre officielle, concrète, visible.

⁵⁵² J. De La Fontaine, *Le chêne et le roseau*, Fables, 1668.

⁵⁵³ Article 425 du code civil modifié par la loi n°2007-308 du 5 mars 2007 – art. 7 JORF 7 mars 20087 en vigueur le 1^{er} janvier 2009.

En matière de droit, le Code civil reconnaît formellement deux catégories de personnes comme fondamentalement vulnérables : les mineurs (de moins de 18 ans) et les personnes *protégées* bénéficiant d'une mesure spécifique de protection juridique. Les personnes protégées étaient appelées incapables majeurs de 1968⁵⁵⁴ à 2007⁵⁵⁵, soit entre la première loi et sa modification. Le corollaire signifie que toute personne, n'intégrant pas ces deux catégories, n'est pas, au regard du droit, considérée de principe comme vulnérable sous le seul prétexte de nécessiter des soins. La vulnérabilité juridique relève quelque peu du jugement de valeur quant à la notion d'autonomie.

Les mesures de protection juridique sont au nombre de trois : la sauvegarde de justice, la curatelle (articles 508 à 515 du code civil) et la tutelle (articles 492 à 507 du code civil). Les deux premières situations - sauvegarde de justice et curatelle - préservent pleinement l'autonomie de la personne ; la tutelle dernier échelon de la protection s'appliquant en cas d'autonomie compromise. « *La tutelle n'est prononcée que s'il est établi que ni la sauvegarde de justice, ni la curatelle ne peuvent assurer une protection suffisante.* »⁵⁵⁶. Cependant, cette mise sous tutelle n'exclut pas la possibilité pour la personne, quand cela lui est possible, d'exprimer sa volonté : « *La personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet* »⁵⁵⁷. Néanmoins, pour des décisions médicales, le juge peut décider que la personne sera représentée par le tuteur ou le curateur sans possibilité de décider seule lorsque la décision touche « [...] *l'intégrité corporelle de la personne protégée ou à l'intimité de sa vie privée.* »⁵⁵⁸. La situation d'urgence autorise l'équipe médicale et le tuteur à décider, sans l'autorisation du juge et du conseil de famille, afin de ne pas différer les soins.

Le Code pénal définit, dans le cadre de certaines situations (privations, mauvais traitements, agressions sexuelles), la personne vulnérable comme « *un mineur de quinze ans ou [à] une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou*

⁵⁵⁴ Loi n°68-5 du 3 janvier 1968, Code Civil.

⁵⁵⁵ Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs du Code Civil entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009.

⁵⁵⁶ Article 440 du code civil modifié par la loi n°2007-308 du 5 mars 2007 – art 7 JORF 7 mars 2007 en vigueur le 1^{er} janvier 2009.

⁵⁵⁷ Article 459 du Code Civil.

⁵⁵⁸ Article 459 du Code Civil.

d'un état de grossesse »⁵⁵⁹. La limite d'âge définissant le mineur est fixée à 18 ans dans le Code civil, mais s'avère variable dans le code pénal. La connaissance de telles situations oblige à la levée du secret médical conformément à l'article 226-14 : « En cas de privations ou de sévices y compris de sévices sexuels imposés au mineur de moins de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, ou lorsque les sévices, qui peuvent être de nature sexuelle, ont été imposés au mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ; son accord n'étant pas nécessaire. »⁵⁶⁰.

Le Code de déontologie reprend cette notion de levée du secret professionnel dans l'article 44 : *« Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne, auprès de laquelle il est appelé, est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.*

Lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il alerte les autorités judiciaires ou administratives sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience. »⁵⁶¹.

Ainsi, la multiplicité des textes législatifs visant la protection de la personne vulnérable nécessite une connaissance assez fine, en vue de percevoir l'ensemble des champs couverts par le droit. Il faut néanmoins garder à l'esprit que le droit tend à protéger les personnes jugées, ou considérées vulnérables, en préservant, le plus souvent possible, l'exercice de leur autonomie. Ainsi, la demande de contraception - article L 5134-1 du Code de la Santé Publique - ou l'interruption volontaire de grossesse des mineurs pourront avoir lieu sans l'accord parental (article L 2112-4 du Code de Santé Publique). D'autres situations sont couvertes par l'article L 1111-5 du Code de Santé Publique : *« par dérogation à l'article 371-2 du Code Civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre, lorsque le traitement ou l'intervention s'imposent pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose*

⁵⁵⁹ Article 434-3 du code pénal modifié par ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art 3(V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1^{er} janvier 2002.

⁵⁶⁰ Article 226-13 du code pénal modifié par ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art 3(V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1^{er} janvier 2002.

⁵⁶¹ Article R.4127-44 du code de la santé publique.

expressément à la consultation du titulaire de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit, dans un premier temps, s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient une opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix. »⁵⁶².

La loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades (*loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*) spécifie bien qu'il incombe au malade mineur de prendre les décisions pour sa santé, sous réserve d'avoir obtenu une information indispensable. « *Les droits des mineurs sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale et par le tuteur. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information, et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leur degré de maturité.* »⁵⁶³. Les volontés de la personne pourront être relayées le cas échéant soit par la personne de confiance⁵⁶⁴, soit par la rédaction des directives anticipées (article L 1111-11 du code de santé publique, article 4127-37 du code de santé publique modifié par décret n°2010-107 du 29 janvier 2010). Cette notion de relai par une tierce personne, ou par les directives anticipées, est un moyen mis à disposition de la personne afin de garder son autonomie malgré la vulnérabilité liée à la maladie ou à son état de base le cas échéant.

En présence de la maladie, la vulnérabilité se trouve mise à jour, voire exacerbée. La position professionnelle du soignant, doublée de sa position ontologique, est celle de la protection. Cette protection vise aussi à préserver au maximum la possibilité décisionnelle du sujet afin de ne pas faire percevoir un éventuel besoin d'assistance.

3.3.1.3 *Vulnérabilité et société*

La vulnérabilité est en passe de devenir un *principe*⁵⁶⁵. La notion de principe s'apparente ici à celle de postulat, c'est-à-dire de valeur incontournable à respecter et à intégrer en pratique.

⁵⁶² Article L 1111-5 du code de la santé publique.

⁵⁶³ Article L 1111-2 du code de la santé publique.

⁵⁶⁴ Article L 1111-6 du code de la santé publique.

⁵⁶⁵ Association des Lauréats de la Chancellerie des Universités de Paris, *Le principe vulnérabilité*, Paris, L'Harmattan, avril 2014, p.17.

La notion, voire la dimension, de vulnérabilité s'inscrit dans le paysage sociétal mais, aussi et surtout, dans le paysage médical. Nombre de textes officiels ont pour but de protéger la personne, et donc d'éviter qu'elle ne soit exposée du fait même de sa vulnérabilité. La vulnérabilité envisagée dans ces textes n'est pas de type psychique, mais physique ou cognitif. En effet, la vulnérabilité psychique « *apparaît sous couvert d'une dialectique des sentiments d'infériorité et de supériorité [...].* »⁵⁶⁶. Le texte fondateur et incontournable est le Code de Nuremberg publié en 1947 à l'issue du procès historique portant le même nom. Le but de ce code, énonçant dix principes contenus dans le jugement des médecins nazis, est de protéger les personnes quant à la conduite de recherches médicales, et d'éviter que la vulnérabilité n'autorise des conduites inacceptables. La ligne directrice en est le respect de l'autonomie de la personne concrétisée, pour ne pas dire sacralisée, par l'émergence du *consentement éclairé*. « *Le consentement volontaire du sujet humain est absolument essentiel. Cela veut dire que la personne intéressée doit jouir de sa capacité légale totale pour consentir, qu'elle doit être laissée libre de décider, sans intervention de quelque élément de force, de fraude de supercherie, de duperie, ou d'autres formes de contrainte ou de coercition.* »⁵⁶⁷. Malgré ce texte fondateur, n'ayant pas force de loi, des dérives ont eu lieu ultérieurement. En 1975, la Déclaration d'Helsinki (dont le dernier amendement date de 2013) réaffirme explicitement le risque pour les personnes vulnérables lors de recherches biomédicales (articles 19 et 20) : « *Certains groupes ou personnes faisant l'objet de recherches sont particulièrement vulnérables et peuvent avoir une plus forte probabilité d'être abusés ou de subir un préjudice additionnel. Tous les groupes et personnes vulnérables devraient bénéficier d'une protection adaptée (article 19).*

La recherche médicale impliquant un groupe vulnérable se justifie uniquement si elle répond aux besoins ou aux priorités sanitaires de ce groupe et qu'elle ne peut être effectuée sur un groupe non vulnérable. En outre, ce groupe devrait bénéficier des connaissances, des pratiques ou interventions qui en résultent (article 20). »⁵⁶⁸.

⁵⁶⁶ G. Huber, *Le point de vue du psychanalyste sur la vulnérabilité*, in Association des Lauréats de la Chancellerie des Universités de Paris, *Le principe vulnérabilité*, Paris, L'Harmattan, 2014, p.57.

⁵⁶⁷ Code de Nuremberg, article 1, 1947.

⁵⁶⁸ Déclaration d'Helsinki de l'AMM, *Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains*.

En 1988, la loi dite Huriet a rendu obligatoire le recueil du consentement de la personne participant à une recherche⁵⁶⁹. En 1998, la Déclaration de Barcelone mentionnait la vulnérabilité comme une idée régulatrice de la pensée et de l'action bioéthiques, au même rang que la dignité, l'autonomie et l'intégrité⁵⁷⁰. La vulnérabilité y était abordée comme un principe fondateur de toute éthique en termes de possibilité et de nécessité, mais aussi comme l'objet de tout principe moral appelant à la responsabilité. « *Les vulnérables sont ceux pour qui les principes d'autonomie, de dignité ou d'intégrité sont à même d'être menacés.* »⁵⁷¹. La vulnérabilité impose le *devoir d'assistance*, convoque les idées de *solidarité* et de *non-discrimination*. L'ambition de ce texte, équivalent à un cadre réflexif, était universelle. Le propos n'était pas réduit uniquement à la bioéthique, mais abordait aussi la justice sociale, l'environnement et le bien-être des animaux. En 2005, la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'Homme demande à nouveau la prise en compte et le respect de la vulnérabilité humaine (article 8 intitulé « *Respect de la vulnérabilité humaine et respect de l'intégrité de la personne* »). L'UNESCO, dans le rapport du Comité International de Bioéthique intitulé « *Le principe du respect de la vulnérabilité humaine et de l'intégrité de la personne* »⁵⁷² édité en 2015, réaffirme d'ailleurs le risque pour quiconque d'être un jour vulnérabilisé.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a émis un rapport, adopté lors des Assises du 30 juin 2007, sur les vulnérabilités des phases successives de la vie. La personne vulnérable est « *notamment celle qui ressent ou est confrontée à un vécu d'exclusion* »⁵⁷³. Le terme de vulnérable a supplanté historiquement des termes antérieurs « *Indigents, invalides, pauvres, démunis, exclus, précaires* »⁵⁷⁴; l'hôpital étant, jusqu'en 1941, réservé aux malades aux ressources limitées. Ce rapport retrace l'évolution des dispositions réglementaires et juridiques émaillant la protection des

⁵⁶⁹ Loi n°88-1138 du 20 décembre 1988 dite Huriet relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales.

⁵⁷⁰ Déclaration de Barcelone, Propositions politiques à la Commission Européenne par les partenaires du Projet BIOMED-II, projet sur les principes éthiques de base en bioéthique et biodroit, Novembre 1998.

⁵⁷¹ Déclaration de Barcelone, Propositions politiques à la Commission Européenne par les partenaires du Projet BIOMED-II, projet sur les principes éthiques de base en bioéthique et biodroit, Novembre 1998.

⁵⁷² Organisation des Nations Unies pour l'éducation la science et la culture, UNESCO, *Rapport du Comité International de Bioéthique de l'UNESCO sur le principe du respect de la vulnérabilité humaine et de l'intégrité de la personne*, 2015.

⁵⁷³ Rapport de la commission permanente du Conseil National de l'Ordre des Médecins adopté lors des Assises du 30 juin 2007.

⁵⁷⁴ Le Robert, *Op. cit.*

personnes vulnérables (incapables majeurs, mineurs, adolescents, personnes âgées). Mais la dimension de vulnérabilité concerne aussi les migrants, les personnes sous l'emprise de sectes, ainsi que certaines situations spécifiques, telles les situations de maltraitance, de fin de vie.

Ces différents textes rappellent les uns après les autres l'importance de la protection des personnes vulnérables, afin de prévenir autant que possible d'éventuelles dérives dramatiques.

Si les textes officiels concernant la recherche médicale abordent la vulnérabilité à visée protectrice, la société n'a pas délaissé ce principe. Les valeurs de la République « *Liberté. Égalité. Fraternité.* » (Article 2 de la constitution française de 1958) doivent faire partie intégrante des préoccupations soignantes. La liberté et l'égalité sont issues du premier article de la Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 - « *Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits.* » -, intégré au préambule de la constitution de la Vème République. La fraternité y est associée au sein de l'article premier de la Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 : « *Ils [les Hommes] sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité.* ». Ces valeurs ne doivent pas être entendues comme le nivellement de chacun, mais plutôt comme la capacité de porter assistance à ceux pour lesquels ces valeurs seraient justement mises en défaut.

L'état de vulnérabilité amende sa propre liberté. Selon Camus, « *La liberté c'est pouvoir défendre ce que je ne pense pas, même dans un régime ou un monde que j'approuve. C'est pouvoir donner raison à l'adversaire.* »⁵⁷⁵. Si la liberté est de pouvoir défendre ce que *je ne pense pas*, elle comprend, permet de défendre aussi celui que *je ne suis pas*, dont le vulnérable, poussé par la *fraternité*. A défaut de pouvoir être totalement libre dans son agir, sa pensée, le fait d'être Homme replace à égalité avec quiconque, indépendamment de toute perte de capacité.

⁵⁷⁵ A. Camus, *Carnets II (janvier 1942 - mars 1951), Cahier IV, 1945*, Gallimard, Folio, Paris, 2016, p.139.

3.3.1.4 Vision formelle de la vulnérabilité en contexte de soins

Au fil du temps, le concept de vulnérabilité a conquis nombre de champs, n'ayant plus pour unique domaine le vivant. La vulnérabilité n'est plus seulement une caractéristique humaine, mais concerne désormais nombre de domaines, dont la technologie, l'écologie, l'informatique pour ne citer que quelques exemples en dehors de toute humanité directe. Aussi la vulnérabilité a-t-elle pénétré nombre de sphères mettant à distance la spécificité humaine.

L'un des contrepoints à la vulnérabilité est la gestion des risques dont la finalité peut être double, préventive ou correctrice, avec pour ultime visée la protection de celui (ceux) qui y est (sont) exposé(s). En cas d'exposition à un risque, les conséquences pour tout sujet dépendent de sa (ses) vulnérabilité(s), lesquelles varient selon les caractéristiques du dit sujet. Dans le domaine médical, la gestion des risques est souvent associée à la qualité et sécurité des soins. Toutefois, en pratique soignante, apprécier un risque reste difficile du fait même de la variabilité de l'individu, de sa propre vulnérabilité par rapport au schéma appris, convenu. Les risques peuvent être dus à la vulnérabilité spécifique de la personne, à savoir ses caractéristiques propres (âge, conditions de vie, co-morbidités pour ne citer que quelques critères), à la pathologie elle-même (morbi-mortalité), aux thérapeutiques nécessaires, aux techniques d'investigations. *« Le médecin a (en effet) une appréciation imprécise du risque. Même si le concept était pour lui dénué d'ambiguïté, il se heurterait à une difficulté majeure lors de son utilisation dans sa démarche décisionnelle. En effet, la valeur du risque de survenue d'une maladie ou d'un évènement morbide une fois la maladie déclarée est connue d'une manière limitée, imprécise et potentiellement biaisée. Limitée car les enquêtes épidémiologiques qui ont permis de l'estimer n'ont pas concerné le patient objet de la démarche, et même, très souvent ont étudié une population très éloignée dans l'espace et dans le temps. Dans quelle mesure donc la valeur fournie par la science s'applique-t-elle au patient ? Même si le patient avait été tiré de la population étudiée, il resterait une difficulté de taille : la valeur fournie concerne le patient moyen, et non celui que la démarche concerne. »⁵⁷⁶* Si les soins, les procédures, les bonnes pratiques divulguent des schémas généraux assurant un gain de qualité certain, et donc

⁵⁷⁶ D. Beltran-Vidal et F. Maniez, *Les mots de la santé : influences des sociétés et des cultures sur la formation des mots de la santé*, L'Harmattan, Paris, 2006, p.18.

une diminution du risque, le jugement médical ne doit pas être ni sous-estimé, ni obéré car il doit s'adapter précisément à la personne concernée.

L'*Evidence Based Medicine* est d'un apport majeur pour connaître, au sein de populations précisément définies, les risques évolutifs, la morbi-mortalité des pathologies étudiées, les évènements thérapeutiques. Les chiffres issus de ces études ont l'avantage de sembler préhensibles, palpables ; la quantification permettant d'y associer une valeur mathématique semblant difficilement critiquable. Mais si les chiffres donnent l'impression de mieux cerner les situations, ils restent néanmoins distants de la personne à soigner. De plus, la situation pathologique accroît la vulnérabilité, dimension qui n'est pas, à de rares exceptions près et en dehors de son aspect physiopathologique, étudiée. Connaître la mortalité d'une pathologie infectieuse est précieux car informatif. Néanmoins, la distinction se joue entre un chiffre et son applicabilité, sa traduction *in vivo* à un individu dont les caractéristiques peuvent être très distinctes de celles des personnes composant la cohorte de l'étude. Ainsi faut-il passer d'un aspect macroscopique, sorte de photographie générale (l'étude), au cas particulier (la personne) et prendre en compte toutes ses dimensions, sans réserve ni sélection.

3.3.1.5 *L'autonomie disparaît elle en situation de vulnérabilité ?*

La vulnérabilité peut porter atteinte à l'intégrité, à la jouissance plénière des capacités physiques et/ou intellectuelles. Si la notion de vulnérabilité induit la dimension de fragilité, et donc de faille presque au sens physique, elle engendre souvent une dimension plus sournoise qui serait, au moins dans le regard des autres, la diminution systématique des capacités, telle une vulnérabilité supplémentaire, subjective et d'origine exogène. Conformément à la définition donnée par Amartya Sen, la *capabilité* correspond à la potentialité pour la personne de faire des choix : « *Dans l'approche par les capacités, on ne s'intéresse donc pas seulement à ce qu'une personne finit par réaliser, mais aussi à ce qu'elle est vraiment en mesure de faire, qu'elle choisisse ou non de le faire.* »⁵⁷⁷. Ainsi, la capabilité est-elle une partie de l'autonomie, laquelle n'est pas ni inéluctablement, ni totalement dégradée par la vulnérabilité. La capacité est ce

⁵⁷⁷ A. Sen, *L'idée de justice*, Flammarion, Paris, janvier 2010, p.288.

que la personne peut faire - « *la puissance à faire quelque chose au sens de l'aptitude.* »⁵⁷⁸ - ; sa diminution pouvant induire un éventuel recours à une aide transitoire ou définitive, partielle ou totale. La confusion et, parfois, l'amalgame qui existent entre les termes (et les états) de vulnérabilité, d'autonomie, et de dépendance n'est pas sans accroître au moins indirectement la vulnérabilité. Reconnaître qu'un être autonome peut être vulnérable n'est pas synonyme de dépendance au sens de diminution, mais au sens de devoir d'aide : « *C'est le fait de la dépendance [...] qui est le fondement du devoir d'aider. Si je ne dois pas être indifférent aux autres, ce n'est pas parce que je risquerais de ne pas être aidé quand j'en aurai besoin [...], mais parce que je ne peux pas échapper à notre commune condition de dépendance* »⁵⁷⁹. En revanche, reconnaître la vulnérabilité de l'autre devrait induire une plus grande attention, surtout en matière de soins.

L'autonomie est d'origine grecque : *autos* (soi) et *nomos* (loi) c'est-à-dire la capacité à fixer sa propre loi et donc à décider en toute indépendance, sans contraintes internes ou externes. En Grèce antique, ce terme concernait les villes ou les états indépendants. Au fil du temps, le concept d'autonomie a évolué devenant, dans nos sociétés modernes, indissociable de la notion de sujet. Selon Alain Renaut, l'Homme « *n'entend plus recevoir ses normes et ses lois ni de la nature des choses (Aristote) ni de Dieu, mais il les fonde lui-même à partir de sa raison et de sa volonté.* »⁵⁸⁰. Ainsi, progressivement, l'Homme a-t-il modifié la source de ses normes passant de la nature à Dieu, puis de Dieu à sa propre volition aboutissant à la notion plénière d'autonomie. Le précurseur de l'autonomie, sans la nommer précisément, est Jean-Jacques Rousseau. En effet, ce dernier introduit la notion d'autonomie en affirmant que « *la liberté morale, (qui) seule rend l'homme vraiment maître de lui ; car l'impulsion du seul appétit est esclavage, et l'obéissance à la loi qu'on s'est prescrite est liberté.* »⁵⁸¹. L'autonomie est dessinée sous l'évocation de *la loi qu'on s'est prescrite* ayant pour impact, sous couvert d'obéissance, non pas l'asservissement mais bien, au contraire, la liberté. La bascule énoncée par Jean-Jacques Rousseau est majeure et s'applique à l'échelon supérieur, le collectif, car il considère que « *...la seule autonomie légitime*

⁵⁷⁸ Le Robert, *Op. cit.*

⁵⁷⁹ B. Herman, *Mental aid and respect for persons*, in : N. Maillard, *La vulnérabilité, une nouvelle catégorie morale ?* Labor et fides, Genève, 2011, p.148.

⁵⁸⁰ A. Renaut, *L'ère de l'individu*, nrf Gallimard, Paris, 1989, p.53.

⁵⁸¹ J.J. Rousseau, *Du contrat social*, Gallimard, Folio Essais, Paris, 1964, p.187.

réside dans le corps collectif de tous les citoyens. »⁵⁸². Emmanuel Kant, protagoniste de la philosophie morale, reprend le concept d'autonomie introduit par Jean-Jacques Rousseau, et y intègre de façon explicite la volonté propre. Emmanuel Kant défend l'idée que l'autonomie est « [...] *la propriété qu'elle [la volonté] a d'être elle-même sa loi.* »⁵⁸³. Dans *Critique de la raison pratique*, Emmanuel Kant érige en principe que : « *L'autonomie de la volonté est le principe unique de toutes les lois morales et des devoirs qui y sont conformes.* »⁵⁸⁴. Les lois et les devoirs en cas de conformité à l'autonomie de la volonté ne peuvent avoir pour principe que cette dite autonomie de la volonté. Ceci sous-entend la force de l'autonomie de la volonté, qui suffit à guider lois et devoirs, générant une sorte de quadrature parfaite, véritable « *liberté au sens positif* »⁵⁸⁵. Emmanuel Kant érige par ailleurs la volonté comme principe salutaire, sous réserve qu'elle soit bonne : « *De tout ce qu'il est possible de concevoir dans le monde, et même en général hors du monde, il n'est rien qui puisse sans restriction être tenu pour bon, si ce n'est une BONNE VOLONTE.* »⁵⁸⁶. L'influence (voire l'empreinte) de Kant persiste sur la pensée moderne, mais a été largement remise en cause par l'évolution profonde des modes de vie. A ce jour, la notion, intimement liée à celle de la vulnérabilité, semble être la dépendance car « *Les notions de vulnérabilité et de dépendance viennent complexifier les conceptions traditionnelles de l'autonomie.* »⁵⁸⁷. Actuellement, l'interprétation la plus courante de l'autonomie est celle de l'individualisme absolu : n'avoir besoin de personne en toutes circonstances. Le recours à une assistance est vécu comme une diminution du soi, un symbole patent de dépendance et un accroissement de la vulnérabilité, alors qu'il n'existe pas de lien obligatoire entre assistance physique et autonomie. Ce lien direct entre l'accroissement de la vulnérabilité et la diminution de l'autonomie n'est pas absolu, peut-être même est-il erroné rendant sa vérification nécessaire au cas par cas.

La vulnérabilité est souvent associée, voire assimilée, à la perte d'autonomie physique et/ou cognitive. Serait-ce par la proximité avec les autres principes éthiques majeurs ? « *La notion de vulnérabilité conserve un rapport intime aux principes*

⁵⁸² N. Maillard, *Op. cit.*, p.25.

⁵⁸³ E. Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Troisième section, Paris, Ed. Delagrave, 1999, p.180.

⁵⁸⁴ E. Kant, *Critique de la raison pratique*, Gallimard, Folio Essais, Paris, 2003, p.57.

⁵⁸⁵ *Ibid.*, p.57.

⁵⁸⁶ E. Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, *Op. cit.*, p.87.

⁵⁸⁷ M. Garrau et A. Le Goff, « *Care* », *justice et dépendance. Introduction aux théories du care*, PUF, Paris, 2010, p.7.

éthiques classiques, qu'il s'agisse de celui de l'autonomie (de l'autodétermination humaine), de la dignité (de la valeur intrinsèque de l'individu) ou de l'intégrité (de la cohérence de sa vie). »⁵⁸⁸. Pourtant éprouver une diminution physique ou intellectuelle, et donc devenir plus vulnérable n'induit pas inéluctablement la mise en abîme totale et absolue de l'autonomie.

Au cours de la maladie, l'autonomie peut être modifiée, transformée, obligeant la personne à se forger une nouvelle autonomie, quitte à avoir besoin d'une aide éventuelle pour décider. Les soignants entendent-ils toujours ce besoin comme une aide *simple* ou le perçoivent-ils comme une substitution de la décision ? La confusion provient sans doute d'approximations ayant cours dans le milieu du soin. L'autonomie du malade, surtout en contexte d'urgence, est souvent interprétée par les soignants sur quelques éléments plus ou moins directs, (trop) rapides alors qu'elle devrait faire l'objet de tests et d'évaluations objectifs (tests ayant pour défaut d'être chronophages et influencés par le contexte en terme de résultats). Ainsi de prime abord, le fait de sortir de chez soi s'apparente à une autonomie préservée, alors qu'elle signifie surtout que la personne est mobile et a donc une autonomie fonctionnelle. Le pas entre l'autonomie fonctionnelle et l'autonomie cognitive semble aller de soi, le fonctionnel ne pouvant que refléter le cognitif. La canne s'apparente symboliquement à la diminution des facultés cognitives, bien qu'elle ne serve que d'appui, lors des déplacements. « *Après tout, la perte d'autonomie motrice et d'initiative dans la vie quotidienne n'altère pas, qu'on sache, cette disposition à rester libre et maître de ses jugements et de ses décisions.* »⁵⁸⁹. De même, une audition défaillante induisant une idéation un peu lente pourrait/pourra être interprétée comme une perte des fonctions cognitives, notamment par les médecins les moins expérimentés.

Un monsieur de 90 ans est amené aux Urgences. Il explique très bien s'être perdu alors qu'il allait déposer un brevet. L'urgentiste s'en étonne :

- « *Vous déposiez un brevet ? Vraiment... ?*
- *Absolument. Mais depuis quelques temps, j'ai remarqué qu'il m'arrivait de me perdre ou de ne plus trop savoir comment m'orienter, mais seulement*

⁵⁸⁸ G. Hottois, JN Missa. *Le principe de vulnérabilité*, in *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*, De Boeck Université, Paris, 2001, p.869.

⁵⁸⁹ J.F.Rey, *Vulnérabilité, dépendance et autonomie*, in Association des Lauréats de la Chancellerie des Universités de Paris, *Le principe vulnérabilité*, Paris, L'Harmattan, 2014, p.125.

en dehors de chez moi. J'en suis bien conscient, mais cela ne m'empêche pas de vaquer à mes occupations.

- *Nous allons faire un bilan et attendre les résultats.*
- *Mais mon épouse devrait téléphoner. Nous en avons discuté ensemble dernièrement, et avons décidé que si je ne rentrais pas à l'heure prévue, elle devait appeler les hôpitaux proches.*
- *Très bien, alors attendons le bilan et l'appel de votre épouse, alors.*

L'urgentiste est très dubitatif sur le fait que ce monsieur soit en mesure de déposer un brevet à son âge, et suspecte en fait une perte de fonctions cognitives.

...Le téléphone sonne quelques temps après. Une femme à la voix jeune cherche son époux, âgé de 90 ans parti déposer un brevet. Elle confirme les dires du monsieur : le dépôt de brevet, les difficultés à s'orienter, mais insiste sur le fait que les facultés de son mari sont bien réelles. Elle demande à parler à son époux, et après leur conversation indique à l'urgentiste qu'elle vient le chercher.

L'urgentiste ne pouvait pas, sans vérification, croire les dires du monsieur : avoir conscience de troubles de la mémoire et être capable de déposer un brevet. La crainte est alors que l'atteinte cognitive soit nettement plus importante que celle avouée, et que le brevet n'existe pas. L'attitude de l'urgentiste visait à protéger le monsieur, et à éviter qu'il ne lui arrive quoi que ce soit. Il existe donc un amalgame entre troubles de la mémoire, et capacités réelles. Si cet amalgame est plus ou moins licite, la démarche de l'urgentiste aurait été autre si le monsieur avait été plus jeune.

L'association vulnérabilité/perte d'autonomie est souvent faite dans le contexte du soin : avoir besoin d'une assistance pour se déplacer, ou pour subvenir à une fonction quelconque, remettrait en cause la capacité à décider. La notion de vulnérabilité induirait une diminution de l'être et pousserait à une vision restrictive des capacités réelles. Et cela sans même avoir évalué objectivement la capacité décisionnelle de la personne. « *Le médecin a tendance à penser que le malade, parce qu'il s'est confié à lui, c'est-à-dire lui a accordé sa confiance, a renoncé par-là à exercer son originelle potentialité normative, qui l'a pourtant poussé à faire appel à lui - certes pour pallier sa défaillance de normativité, mais aussi pour l'aider à la retrouver.* »⁵⁹⁰. Aider n'est pas

⁵⁹⁰ P. Barrier, *Le patient autonome*, PUF, Paris, 2015, p.18.

se substituer. Accompagner n'est pas remplacer. Assister n'est pas déposséder l'autre de son libre arbitre, fut-il bouleversé par l'annonce de la maladie, par l'irruption de l'inattendu, par l'émergence de « *la défaillance normative naturelle* »⁵⁹¹. La « *loi du dehors* », celle des soignants, ne peut, ni ne doit remplacer la « *loi du dedans* », celle de la personne, malade. La désunion interne que subit la personne du fait de la maladie ne doit pas être concomitante d'une désunion avec l'autre. Le lien à autrui ne doit pas être rompu, même s'il se trouve distendu, modifié. Au contraire, le but des soins est bien de réhabiliter la personne, malade.

L'autonomie seule ne protège pas suffisamment la personne humaine, et deux autres principes doivent y être adjoints : la dignité et l'intégrité. L'autonomie concerne la personne en elle-même, et la dignité le respect de celle-ci par autrui : « [...] à l'origine la dignité concerne autrui à la différence de l'autonomie qui, à l'origine, concerne le Soi. »⁵⁹². Sensibilisé à cette autonomie modifiée, le respect permet de s'adapter au plus près de la personne, d'avoir une attitude d'écoute. Interpeller la dignité comme principe absolu évite d'avoir recours à des décisions hâtives et inadaptées. Peter Kemp parachève le raisonnement en sollicitant l'intégrité : « *L'intégrité définit ces aspects de la vie humaine qui constituent son identité personnelle et qui, pour cette raison, ne devraient pas être manipulés ou détruits.* »⁵⁹³. Le soignant, par son interprétation, risque parfois de nuire involontairement à la personne, malade, par un raisonnement hypothético-déductif hâtif, partiel et conséquemment erroné.

3.3.1.6 Vulnérabilité et care

En 1982, Carol Gilligan publie un ouvrage « *Une voix différente. Pour une éthique du care* ». L'éthique du care concerne l'assistance auprès des personnes en ayant besoin. A partir d'une enquête relevant de la psychologie morale, Carol Gilligan étudie la différence de réaction et d'analyse entre l'homme et la femme, face à des situations concrètes, comme *voler un médicament pour sauver son épouse*. L'homme donne une réponse respectueuse du droit, basée sur le calcul, là où la femme s'attache aux

⁵⁹¹ *Ibid.*, p.24.

⁵⁹² P. Kemp, *Quatre principes éthiques : l'autonomie, la dignité, l'intégrité, la vulnérabilité*, dans *Le discours bioéthique*, Cerf, Paris, 2004, p.108.

⁵⁹³ P. Kemp, *Quatre principes éthiques : l'autonomie, la dignité, l'intégrité, la vulnérabilité*, dans *Le discours bioéthique*, *Op. cit.*, p.108-109.

relations interpersonnelles et à sa capacité de prendre soin d'autrui⁵⁹⁴. Le fait de s'intéresser à autrui demande des aptitudes. « *Le développement d'une éthique du bien-être d'autrui [ethic of care] repose sur une compréhension grandissante de la psychologie des rapports humains : l'individu se différencie progressivement des autres et a une perception de plus en plus aiguisée de l'interaction sociale. Cette éthique, qui reflète une connaissance accrue des relations humaines, pivote autour d'une vérité centrale, celle de l'interdépendance entre soi et autrui. Reconnaître cette interdépendance signifie reconnaître qu'un acte de violence finit toujours par se retourner contre soi, tout comme on bénéficie du bien [care] fait à autrui.* »⁵⁹⁵. Le fait de s'occuper d'autrui est perçu comme réflexif. Toutefois, si la définition du *care* est variable selon les auteurs, elle regroupe, recouvre toujours les mêmes champs.

Joan Tronto, philosophe américaine définit le *care* comme une « ...activité caractéristique de l'espèce humaine, qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nos personnes et notre environnement, tout ce que nous cherchons à relier en un réseau complexe en soutien à la vie. »⁵⁹⁶. Indépendamment d'une notion de genre, le *care* n'est pas dévolu aux seuls soins en termes de santé, mais concerne le « monde ». La visée en devient politique - au sens de la vie de la cité -, sociétale, recouvrant les notions de classe et de race. La difficulté est la multiplicité des définitions du *care*, des champs d'application. « *Le cadre d'analyse de l'éthique du care est adopté par des sociologues, des travailleurs sociaux, des juristes, des psychologues, des politistes, des théoriciens du politique, des philosophes, des géographes, des anthropologues, et se trouve utilisé dans des disciplines comme la communication, les études littéraires, la bioéthique, l'urbanisme, la théologie, et même les sciences de l'ingénieur.* »⁵⁹⁷. En ce qui concerne la santé, l'écueil réside potentiellement dans la mise en perspective des êtres entre celui qui est en demande et celui qui donne des soins. Dès lors, l'interdépendance serait susceptible de se muer en domination, sous réserve de ne pas y être attentif.

⁵⁹⁴ C. Gilligan, *Une voix différente, Pour une éthique du care*, Flammarion, Champs Essais, tr. A. Kwiatek, revue par V. Nurock. Présentation S. Laugier et P. Paperman, réédité en 2008, p.37.

⁵⁹⁵ *Ibid.*, p.123.

⁵⁹⁶ J. Tronto, *Un monde vulnérable, pour une politique du care*, Editions la découverte, 2009, p.13 et 143.

⁵⁹⁷ P. Molinier, S. Laugier, P. Paperman, *Qu'est-ce que le care ?* Paris, Petite bibliothèque Payot, 2009, p. 35.

Une définition pertinente pour le soin est celle donnée par Francesca Cancian : « ...une combinaison de sentiments d'affection et de responsabilité, accompagnés d'actions qui subviennent aux besoins ou au bien-être d'un individu dans une interaction en face à face. »⁵⁹⁸. Si cette définition peut susciter question(s), elle a au moins le mérite d'allier le *care* et les soins, en énonçant la part d'affectif, de responsabilité, d'action dans le but de répondre aux besoins ou au bien être d'autrui, dans une position de face à face, sans connotation dominante ou dominatrice. Cette position permet de ne pas faire percevoir directement, frontalement à l'autre sa vulnérabilité. Car la vulnérabilité est aussi issue du regard porté sur celui qui est vulnérable. Transmettre à celui qui est vulnérable un jugement négatif accroît sa vulnérabilité. Or, il serait idoine de considérer que la vulnérabilité de l'autre ne doit pas conduire à le voir comme un être diminué, mais différent, ce que nous sommes tous. Car la vulnérabilité est partageable. C'est ce qu'affirme Julia Kristeva à la faveur du partage du handicap : « (...) cette vulnérabilité que nous renvoie la personne en situation de handicap nous constitue en profondeur, ou, si l'on veut, inconsciemment, et que par conséquent, elle est partageable. »⁵⁹⁹. Car la vulnérabilité est universelle, mais spécifique à chacun : « Nous avons tous notre talon d'Achille ; aussi te faut-il connaître ton point faible pour veiller à le protéger. »⁶⁰⁰.

3.3.1.7 Vulnérabilité et maladie

La vulnérabilité s'inscrit dans le temps, par l'irruption de pathologies, l'apparition du vieillissement, synonyme de diminution de certaines aptitudes. « *Mince est la part de la vie que nous vivons. Quant à l'intervalle restant, au fond il n'est pas vie mais seulement temps.* »⁶⁰¹. Sénèque souligne ici le fait que nous n'occupons pas notre temps pleinement, que nous le gaspillons. N'est-il pas également possible d'y lire que le temps expose à la vulnérabilité qu'il induit ? En effet, le temps est le support d'éléments vécus (liés au passé), en cours (temps présent) ou à venir (dans le futur) venant modifier l'état du sujet, pour des périodes plus ou moins longues, et ce indépendamment de la vulnérabilité ontologique. Séquelles d'accident, handicap natif, apparition/disparition de maladie(s) pouvant devenir chronique(s), processus de

⁵⁹⁸ *Ibid.*, p. 36.

⁵⁹⁹ J. Kristeva, *La haine et le pardon*, Paris, Fayard, 2005, p.96.

⁶⁰⁰ Sénèque, *De la colère*, Livre III, XI-4, Paris, Rivages poche, Petite bibliothèque, 2014, p.128.

⁶⁰¹ Sénèque, *Sur la brièveté de la vie*, *Op. cit.*, p.9.

vieillesse plus ou moins précoce et marqué, la vulnérabilité se construit, se conjugue avec le temps.

Le « *principe de vulnérabilité* » a été défini par Peter Kemp, comme un « *principe qui prescrit au fondement de l'éthique, le respect, le souci et la protection d'autrui et du vivant en général, sur base du constat de la fragilité, de la finitude et de la mortalité des êtres.* »⁶⁰². Afin de faire face à la « *la fragilité, la finitude et la mortalité des êtres* », les recours éthiques, dont le mouvement vers l'autre, sont fondés sur le respect, la protection, tous deux guidés par le souci permanent envers autrui. La vision d'une vulnérabilité, sans préjuger de sa nature, relève de l'impératif pour chaque soignant. « *La description d'un être comme étant vulnérable évoque normalement un appel éthique de soin, de protection et de responsabilité vis-à-vis de cet être.* »⁶⁰³. Toutefois, la mesure de la vulnérabilité - au sens de sa perception, de sa prise en compte - ne doit pas être assimilée à un jugement négatif de principe, à une dégradation et/ou limitation des soins, mais être intégrée comme un élément obligeant à une plus grande attention. Or, l'urgence accroît encore la vulnérabilité de la personne, ne serait-ce que par le rythme intrinsèque, rapide, discontinu de la prise en charge. La perte de repères peut être cruciale, et vient mettre en péril ceux qui ne peuvent s'y adapter, les fragilisant un peu plus.

La maladie constitue une mise à l'épreuve pouvant induire une majoration de sa propre vulnérabilité, et/ou l'apparition d'une nouvelle vulnérabilité susceptible(s) d'atteindre l'être dans sa totalité, physique et psychique. Véritable expérience, la maladie peut bousculer nombre de perspectives dont, par exemple, la conception de l'existence et l'image de soi, les capacités à appréhender l'avenir. « *Entrer dans la maladie, [...] c'est entrer dans la fragilité de la vie. Vivre dans la maladie, c'est vivre de l'intérieur même de cette conscience de la fragilité. Une vie malade n'est donc pas seulement une vie diminuée, mais une vie modifiée par l'évènement qu'est la maladie et qui implique une vie autre, vulnérable.* »⁶⁰⁴. Par contrecoup, vivre soi-même la maladie éveille, sensibilise à la vulnérabilité d'autrui.

⁶⁰² G. Hottois, J.N. Missa, *Le principe de vulnérabilité*, in *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*, Op. cit., p.869.

⁶⁰³ *Ibid.*, p.869.

⁶⁰⁴ G. Le Blanc, *La vie psychique de la maladie*, Esprit, janvier 2006, p.109-122.

En période de maladie, l'individu a besoin de soins afin de lutter contre cette nouvelle vulnérabilité. Chercher à annihiler le processus pathologique (recherche de la guérison), source d'une nouvelle vulnérabilité, ou à le temporiser (stabilisation de l'état, mise en place d'une assistance afin de minimiser l'impact d'une affection, d'un handicap) constitue la base des soins, et nourrit l'élan envers autrui de tout soignant. Au demeurant, le soin doit être respectueux de la personne, malade, afin de ne pas être source de vulnérabilité(s) supplémentaire(s). Car les soins, outre leur finalité curative et/ou préventive, doivent également s'attacher à protéger l'individu de vulnérabilités potentiellement induites par les soins. Soigner consiste à apporter des réponses concrètes et adaptées à la personne. Mais n'existe-t-il pas, surtout en contexte d'urgence, l'émergence de vulnérabilités sourdes parfois générées par le contexte lui-même ?

3.3.1.8 Emergence de nouvelle(s) vulnérabilité(s) en contexte de soins

« La vulnérabilité désigne le degré auquel les personnes sont susceptibles d'encourir des pertes, des dommages, de la souffrance, ou de mourir, suite à une agression. Ce degré varie selon les personnes et selon les groupes, et il varie aussi dans le temps pour une même personne ou un même groupe. La vulnérabilité est toujours relative, car toutes les personnes et tous les groupes sont vulnérables d'une manière ou d'une autre. Tout le monde a cependant son propre niveau et son propre type de vulnérabilité, qui dépendent des circonstances. »⁶⁰⁵. La vulnérabilité concerne tout un chacun, telle une permanence humaine, l'agression causale pouvant être de nature variable. Toutefois, cette exposition universelle à la vulnérabilité existe à des degrés différents, variables dans le temps ; les circonstances étant un facteur majeur de variabilité.

La première étape, sauf urgence vitale, et ce avant même d'instiller une quelconque dimension soignante, est de considérer la personne, de diriger l'attention, indépendamment d'une éventuelle vulnérabilité, fut-elle patente, dans un souci de respect. La qualification du sujet à soigner influe sur nos modes de pensée et nos

⁶⁰⁵ Protection Internationale, *Protection des défenseurs des droits humains : bonnes pratiques et leçons tirées de l'expérience. Unité de recherche et formation. Annexe 1: La gestion du risque : menaces, vulnérabilité et capacités*, 2012, p.143.

pratiques, et apposer la vulnérabilité, telle une étiquette, risque de modifier la perception de celle-ci. De même, faire percevoir à cette personne, par comparaison, sa vulnérabilité risque d'avoir une portée stigmatisante, et la place dans une différence surajoutée à la maladie. « *On aide plus un être en lui donnant de lui-même une image favorable qu'en le mettant sans cesse face à ses défauts. Chaque être normalement s'efforce de ressembler à sa meilleure image.*»⁶⁰⁶. En effet, l'existence d'une vulnérabilité ne devrait pas être de nature à déplacer la relation qui se doit de rester centrée sur la personne, et non sur son éventuelle différence. Exacerber la vulnérabilité d'autrui serait nier, entre autre, la solidarité, se défaire de sa mission de soignant puisque l'essence même du soin est de porter assistance à celui qui en a besoin. De même, l'existence d'une vulnérabilité, notamment cognitive, ne devrait pas impliquer le fait de décider, d'agir à la place d'autrui quand celui-ci ne peut plus le faire, mais pour autrui, dans une attitude de bienveillance, dans son intérêt. Si la vulnérabilité modifie les capacités du sujet, il ne doit pas, pour autant, être pensé, perçu comme incapable. Répondre à la place d'autrui serait antinomique de la reconnaissance première, mais aussi du respect de sa vulnérabilité.

La deuxième étape est d'analyser la demande, le besoin de soins de façon adaptée à la personne, malade, avec pour finalité de préserver son autonomie. La notion d'assistance ne doit pas être surpassée au point de priver la personne, malade, de toute liberté et la rendre totalement impotente. La vulnérabilité doit être intégrée au raisonnement médical, lequel ne doit pas être hâtif, voire expéditif sous couvert de la vulnérabilité. Une telle attitude serait un contresens éthique. S'inscrire dans une démarche permettant de rechercher le meilleur soin, par l'intermédiaire d'une action déterminante, est éthique. Réduire le raisonnement et ne pas agir correctement serait inepte. Le risque serait de croire que la ou les vulnérabilité(s) vien(nen)t légitimer un raisonnement, des attitudes *supra-paternalistes*. Ces attitudes sont d'autant plus tentantes que la personne présente une cognition différente, laquelle permettrait, surtout en urgence, de se passer de son avis.

Le vieux monsieur est Alzheimer. Admis pour un malaise, il a été pris en charge. L'urgentiste et la fille se font face, chacun d'un côté du brancard. Le vieux monsieur semble écouter attentivement.

⁶⁰⁶ A. Camus, *Carnets II, Op. cit.*, p.16.

- *Votre papa a fait un malaise, et il semblerait que son traitement antihypertenseur soit en cause.*
- *Comment ça ?*
- *Il n'a sans doute pas besoin d'autant de médicaments car sa tension est basse. Le bilan sanguin est bon. A priori, il va pouvoir rentrer avec vous, mais on va diminuer les traitements contre l'hypertension.*

...

- *C'est de moi dont on parle ? dit le vieux monsieur, l'air surpris.*
Interloquée, la fille est stupéfaite que son père ait pu comprendre alors que d'habitude il ne s'intéresse à aucune conversation.
- *Absolument, Monsieur...Donc comme je vous le disais, pas besoin de l'hospitaliser. Il peut repartir avec vous...*
- *...On pourrait quand même me demander mon avis...surenchérit le monsieur en hochant de la tête.*
- *Attends Papa, je vais t'expliquer après.*

Ce récit illustre l'exclusion du monsieur, le principal intéressé, de toute discussion, du fait même de sa pathologie. La situation en est d'autant plus éloquente que la fille participe à cet état de fait. Or, tout malade, y compris le malade *dit mental*, doit bénéficier depuis 1951 d'une information ; cette notion ayant été reprise par la Déclaration d'Helsinki en 1964. L'information est systématiquement délivrée à toute personne ayant des fonctions cognitives intactes. Mais l'existence d'un déclin cognitif, indépendamment de sa cause, induit une modification fréquente de la pratique, surtout s'il existe un accompagnant à même de recevoir la dite information. L'attitude du médecin est biaisée, son postulat étant peut être que le monsieur ne peut participer, ce qui est sans doute partiellement le cas. Toutefois, en faisant ainsi, la vulnérabilité est exacerbée, majorée, le respect relégué, occulté.

La médecine d'urgence est en permanence confrontée à la vulnérabilité corporelle, humaine, sociale. Toutefois, dans ce contexte, l'exercice de la médecine peut involontairement générer d'autres vulnérabilités plus ou moins perceptibles car moins identifiées en tant que tel.

3.3.1.9 Types de vulnérabilités induites en contexte d'urgence

Sans remettre en cause les types de vulnérabilité décrits par nombre d'auteurs, le propos est ici de répertorier les vulnérabilités rencontrées et prises en compte selon le prisme de l'analyse d'un soignant exerçant dans un service d'urgences. Ces vulnérabilités sont ici nommées de façon spécifique, ce que le soignant ne fait pas de façon routinière.

En propos liminaire, la vulnérabilité la plus évidente à appréhender est la vulnérabilité ontologique ou naturelle⁶⁰⁷. Cette vulnérabilité, proprement humaine, ne différencie pas les malades les uns des autres, sous réserve de s'en tenir à la vulnérabilité liée au seul fait d'être né Homme. Plutôt que de parler de vulnérabilité naturelle, qui ne tiendrait compte que de l'humanité, le terme de *vulnérabilité native* permet d'intégrer la singularité du sujet à la naissance, en incorporant ses spécificités éventuelles. Pour exemple, un enfant présentant une malformation cardiaque n'est pas identique à un enfant sans cette anomalie. Toutefois, cette anomalie appartient à sa norme référente, et donc à sa propre *vulnérabilité native*.

La seconde vulnérabilité est liée aux maladies survenues après la naissance. Ainsi, cette vulnérabilité fait-elle partie, constitue-t-elle la personne, malade, d'où le terme choisi de *vulnérabilité constitutive*. Les éléments définissant la personne, indépendamment du motif aigu de venue aux Urgences, sont retenus comme pouvant faire partie de cette *vulnérabilité constitutive*. Ainsi, l'âge, le mode de vie, les comorbidités, à savoir les pathologies pouvant interagir avec la maladie actuelle sont intégrés à l'analyse de la *vulnérabilité constitutive*. Si l'âge est un facteur de vulnérabilité, cela ne signifie pas conséquemment qu'être âgé est une pathologie en soi. Cette *vulnérabilité constitutive* correspond à son terrain, selon l'expression professionnelle consacrée, à l'état de l'individu, et non du malade. Cet élément est capital, car l'amalgame peut être fait entre terrain et vulnérabilité. Or, le sujet est sa propre référence, et il ne faut pas faire preuve de normativité en le comparant à une norme abstraite, idéale, totalement désincarnée. Un élément indirect pouvant refléter cette *vulnérabilité constitutive* est la qualité de vie souvent convoquée comme critère de vulnérabilité. Or, la qualité de vie répond à une définition très précise le plus souvent mal connue des praticiens. Officiellement définie par l'Organisation Mondiale de la

⁶⁰⁷ Cf. Partie 4.3.1. : *Vulnérabilités démultipliées*

Santé, la qualité de vie correspond à « [...] *la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement.* »⁶⁰⁸. Il faut dès lors prendre en compte plusieurs domaines : « ...*physique (autonomie fonctionnelle et activités physiques), psychologique (anxiété, dépression, émotion), relationnel (familial, social, professionnel), symptomatique (répercussion de la maladie et de son traitement) et des aspects plus particuliers tels que la sexualité ou l'image de soi.* »⁶⁰⁹. Cette définition est beaucoup plus large et générale que celle *plaquée* par les soignants sur les personnes, malades.

En contexte d'urgence, ces éléments ne sont en général pas appréciés ni dans leur totalité, ni dans leur complexité. Peuvent-ils d'ailleurs l'être en pareil contexte ? Les soignants les déduisent hâtivement de la situation, alors même que « *La qualité de vie ne peut être appréciée que par le patient lui-même et non par le médecin ou le soignant (à l'exception des cas particuliers où l'état cognitif du malade ne le permet pas).* »⁶¹⁰. Car, seule la personne, malade, perçoit concrètement ce qu'elle vit et comment elle le vit, l'importance de son état dans son quotidien et son adaptation. Il faudrait pour évaluer objectivement, et donc correctement, la qualité de vie de la personne prendre le temps de raisonner, sur une analyse scrupuleuse des domaines cités soit par des entretiens (évaluation qualitative), soit par des scores ou outils psychométriques (évaluation quantitative) à échelon individuel, qu'il s'agisse de questionnaires dits *génériques* ou *spécifiques* d'une pathologie donnée. Les questionnaires utilisés possèdent les qualités métrologiques requises (validité, sensibilité, reproductibilité, fiabilité) mais n'étudient pas, finalement, la réelle qualité de vie *absolue*, mais plutôt la qualité de vie liée à la santé. Le truchement d'outils quantitatifs pour apprécier la qualité de vie est à ce titre assez remarquable et n'est pas sans rappeler l'artifice utilisé par Antoine-Augustin Cournot⁶¹¹. Ainsi, certains auteurs ont-ils pensé qu'il serait plus licite

⁶⁰⁸ World Health Organization. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). Qual Life Res 1993; 2: 153-9.

⁶⁰⁹ Mercier M., Schraub S.. *Qualité de vie : quels outils de mesure ?* 27^{èmes} journées de la SFSPM, Deauville, Novembre 2005. P.418-423.

⁶¹⁰ Mercier M., Schraub S.. *Qualité de vie : quels outils de mesure ?* 27^{èmes} journées de la SFSPM, Deauville, Novembre 2005. P.418-423.

⁶¹¹ Cf. Partie 2.4.1 : *Conjuguer offre et demande(s)*

de parler de « *santé perceptuelle* » ou « *santé subjective* »⁶¹². Ce regard projeté sur la santé du malade est sans doute inadapté surtout en médecine d'urgence. De même, la vulnérabilité est propre au sujet, et pourtant déduite par le soignant, qui ne peut, le plus souvent, faire autrement. Seul le malade se sait ou se sent vulnérable, véritable perception endogène. La perception exogène est biaisée tant par le mode d'évaluation, fréquemment très approximatif, hâtif que par le but de cette évaluation. En effet, la finalité n'est pas de connaître les conséquences pratiques de la vulnérabilité, mais de déterminer si cette vulnérabilité est de nature à modifier le type de soins à envisager. Si cette pratique est une réalité, elle n'en est pas moins un contresens éthique puisque les soins ont justement pour but de restaurer ou maintenir la qualité de vie.

La *vulnérabilité contingente* est due à la survenue d'un facteur aigu de déstabilisation du sujet induisant le recours aux Urgences. Soit l'émergence d'une maladie nouvelle, aiguë, soit la déstabilisation d'une maladie chronique. L'apparition de la maladie ou son exacerbation fragilise suffisamment la personne pour l'obliger à recourir à des soins, de manière urgente. La *vulnérabilité contingente* peut être plus ou moins grave. Ni la personne, malade, ni le soignant ne sont responsables de l'émergence de cette vulnérabilité. L'expertise médicale doit tenter de définir le(s) risque(s) pour la personne. Cette appréciation se fait aux moyens de l'examen clinique et d'examens complémentaires. Notons le fait que la terminologie *complémentaire* stipule que ces examens ne sont pas substituables à l'examen clinique, mais viennent se joindre. Cette complémentarité est un objet inanimé, chargé d'apporter des informations précieuses sur le sujet vivant. Cette *vulnérabilité contingente*, maladie aiguë ou chronique, peut empêcher le consentement aux soins, ce qui constitue en soi une vulnérabilité supplémentaire⁶¹³.

La *vulnérabilité contextuelle* est liée au contexte même du service, à la charge de travail et à la fluidité de son fonctionnement. La charge de travail comporte le flux, le type de pathologies en cours de prise en charge, le nombre de personnes en attente d'examens, d'avis spécialisés. La fluidité de fonctionnement du service dépend notamment de la disponibilité en lits, de l'accès au plateau médicotechnique. Ces

⁶¹² Leplège A., Hunt S. *The problem of quality of life in medicine*. JAMA 1997 Jul 2;278(1):47-50.

⁶¹³ T. Douraki, *Vulnérabilité, dignité humaine, traitements abusifs du malade : éthique et protection européenne des droits de l'homme*, in Association des Lauréats de la Chancellerie des Universités de Paris, *Le principe vulnérabilité*, Paris, L'Harmattan, 2014, p.70.

paramètres sont importants à prendre en compte pour tenter d'apprécier la configuration organisationnelle. Le flux actif comprend les personnes, malades, déjà présentes lorsque la personne arrive, ainsi que celles qui vont s'inscrire pendant la durée totale de sa prise en charge. Les organisations des services d'urgence peuvent varier quant au mode de répartition des personnes, malades, entre les médecins présents. Néanmoins, avoir un nombre important d'arrivées sur un temps bref génère, à juste titre, une tension non négligeable et une mise en tension par la sollicitation accrue des dites organisations et procédures. Ce nombre d'arrivées s'apparente à un curseur de pression venant s'entrechoquer, comme un conflit latent, avec le temps nécessaire pour chaque personne, malade. Plus le nombre de personnes, malades, est grand, plus le temps est morcelé, fragmenté et semble manquer alors même que le temps est une permanence. Le temps n'est donc pas une variable manquante, mais une variable divisée par la charge de travail croissante, cet accroissement dépendant de la typologie des malades et des pathologies. Certaines pathologies relèvent d'une prise en charge dite courte, tandis que d'autres demanderont des investigations *complémentaires*, des avis spécialisés, dans un temps de fait plus long. Attendre un examen radiologique, un résultat biologique fait partie du délai de prise en charge et s'ajoute aux maillons déjà énumérés. Cette attente est un facteur, péjoratif, de stagnation non négligeable des personnes, malades, dans le service. Enfin, la disponibilité en lits d'hospitalisation est le reflet des possibilités d'orientation mais aussi de sérénité. Disposer de lits permet de ne pas avoir à s'en préoccuper. Chercher des lits ou savoir qu'il n'y aura d'autres alternatives que de garder la personne, malade, aux Urgences signifie que le système perd en fluidité. Qu'il existe une sorte de *goulot d'étranglement* (image souvent usitée pour stigmatiser le dépassement de capacités), synonyme de dysfonctionnement préjudiciable pouvant retentir sur l'ensemble des malades. Cette vulnérabilité induite par les circonstances est donc appelée *vulnérabilité contextuelle* échappant à la volonté des équipes.

La motivation soignante est de répondre à LA vulnérabilité. Le fait de générer des vulnérabilités supplémentaires, fussent-elles involontaires, indirectes doit être conscientisé afin de ne pas y souscrire involontairement. Néanmoins, il est possible de s'extraire du déterminisme de cette *vulnérabilité contextuelle* en usant de raison.

En 2009, un texte paru dans une revue médicale de médecine d'urgence de bon impact expose remarquablement ces différentes vulnérabilités. Ce texte, succinctement

résumé ci-dessous, relate le discours d'un médecin confirmé auprès d'étudiants en médecine⁶¹⁴, le jour de la remise des diplômes. L'orateur leur explique que durant les deux premières années de leurs études, ils ont appris le « *quoi* » et le « *où* ». Quelle molécule et quel est le récepteur corporel ? Pendant les deux autres années, ils ont intégré le « *comment* » et le « *quand* ». Comment réaliser un interrogatoire et un examen clinique et quand mettre en route le traitement ? Mais le *pourquoi* a été oublié. Afin d'illustrer son propos, l'orateur raconte une histoire personnellement vécue. Celle d'un homme sans abri, récemment sorti de l'hôpital où il avait été pris en charge en orthopédie pour des fractures bilatérales des tibias. Incapable de rester dans la rue, cet homme sans domicile revient aux Urgences, et présente des signes infectieux. L'interne d'orthopédie sollicité refuse le monsieur car son problème n'est plus chirurgical, mais dit qu'il nécessite des antibiotiques et des soins. Selon lui, l'homme peut être admis en médecine si les urgentistes le souhaitent. Un sénior confirmé de médecine interne est interpellé quant à cette situation. S'adressant à l'interne d'orthopédie, l'interniste confirme le fait que l'homme sans abri ne peut être à la rue en pareil contexte. Toutefois, l'interniste s'étonne que l'interne d'orthopédie ne reprenne pas en charge le monsieur puisque les soins initiaux ont été faits en chirurgie. L'interne d'orthopédie réitère : le monsieur n'a pas de besoin opératoire, et ne sera pas admis en orthopédie. L'interniste demande à l'interne d'orthopédie de parler à sa mère : si la mère est convaincue par la décision de son fils (ne pas reprendre le monsieur en orthopédie), alors l'interniste acceptera ce fait et s'occupera du monsieur. L'interne d'orthopédie ne donne pas le numéro de téléphone de sa mère à l'interniste et hospitalise le monsieur dans son service. L'orateur finit le discours en disant aux étudiants de ne pas oublier ce qu'ils ont appris avant d'entrer en faculté : « *Mama's rules* » - les règles de Maman - . Conseil leur est donné de ne pas omettre ce que leur éducation véhicule et qui correspond au *pourquoi*, contenant la motivation profonde.

Dans cette histoire, l'homme est sans abri et présente donc en plus de sa *vulnérabilité native*, ontologique, une *vulnérabilité constitutive*, à savoir le fait de vivre dans la rue. S'ajoute à l'absence de domicile, une *vulnérabilité contingente*, la double fracture des tibias. Le choix de l'interne d'orthopédie greffe une *vulnérabilité contextuelle* : le refus de reprendre le monsieur, sous prétexte qu'il n'a pas besoin de chirurgie. La déraison est en boucle jusqu'à la confrontation éthique portée par le

⁶¹⁴ Kellermann A.L., *Mama's rules*, Ann Emerg Med, 2009 May ; 53(5) : 688-9.

médecin confirmé, incarnant l'expérience. Mettant au pied du mur le jeune interne, il lui rappelle son enfance par l'évocation de l'image de la Maman (et non pas de la mère « *Mama's rules* », image affective patente), source à la fois de son éducation avant la faculté mais aussi d'amour, de bienveillance. De plus, le sens de la relation ainsi que le bon sens (au sens cartésien) sont évoqués par l'image de la Maman, laquelle a inculqué les comportements à adopter en présence d'autrui. Est-il envisageable qu'un homme soit à la rue avec une fracture bilatérale des tibias ? Se peut-il que lui, éduqué par sa Maman, soit capable d'avoir pareille indifférence à la situation d'autrui ? L'interne d'orthopédie modifie son attitude, marque de reconnaissance de son erreur, corrigeant ainsi la *vulnérabilité contextuelle*. Le *pourquoi* est dès lors explicite : pourquoi faire ce métier si ce n'est pour aider celui qui en a (le plus) besoin ?

Chaque/toute vulnérabilité fragilise la personne par un processus exponentiel. Il ne s'agit pas d'une simple addition des vulnérabilités les unes aux autres, mais bien d'une multiplication entre elles : la vulnérabilité globale est supérieure à la somme des vulnérabilités. Pour utiliser une image juridique, le malade subit une sorte de majoration de sa peine tout au long de l'histoire. Vulnérable de façon innée, vulnérabilisé par les conditions de vie, les fractures viennent l'exposer de façon majeure et sont source d'infection secondaire. Ainsi la maladie contingente exacerbe-t-elle l'absence de toit, d'entourage, l'isolement social. L'interrogation porte de fait sur la vulnérabilité constitutive : être sans abri n'induit-il pas un biais d'analyse de la part de l'interne d'orthopédie ? Dans l'absolu, l'homme n'a pas besoin de chirurgie et l'attitude pourrait s'avérer correcte, mais lui refuser l'hospitalisation atteste d'un prisme d'analyse réduit, sans doute dû, au moins en partie, au jeune âge de l'interne. Ce refus initial, marque d'inhospitalité et d'inhumanité, ne fait qu'accroître l'ensemble des vulnérabilités par la sanction du rejet, le refus de l'hospitalité.

La place des examens complémentaires dans la prise en charge a généré une vulnérabilité connexe, plus sourde. La prise en charge du malade nécessite souvent, en complément de l'examen clinique, de réaliser certaines investigations biologiques, radiologiques. Le recours à la technique est nécessaire mais peut interférer avec la relation mettant à distance la personne, malade. « *A l'ère de la médecine technoscientifique, ausculter, palper, toucher et caresser la peau d'un corps meurtri sont des gestes qui se marginalisent au profit d'un rapport aux personnes médiatisé par des appareils toujours plus sophistiqués. En favorisant de la sorte l'objectivation du*

malade, la technicisation croissante de la médecine convertit insidieusement l'art de soigner en procédure d'expertise, au risque de faire oublier que la technique ne tient pas lieu d'hospitalité. »⁶¹⁵. Le geste et la geste semblent devenus accessoires, ayant moins de crédibilité qu'une image, un chiffre, une valeur. Pourtant cette image, ce chiffre ou cette valeur seront interprétés par un facteur humain qui aurait pu/du pratiquer le geste, la geste. « Les progrès des techniques d'imagerie constituent l'illustration d'un phénomène sournois de mécanisation du corps [...] et ce réductionnisme technologique qui ramène l'être du patient à la perception iconographique et numérique d'un corps sur mesure, paramétré et immobilisé par les nécessités pratiques, tend à dissoudre le rapport clinique au vécu. Les avantages [...] offerts par ces techniques d'exploration de l'intimité corporelle sont si évidents qu'on en oublierait presque que la médecine est un art et que l'hospitalité se doit d'être incarnée dans la chaleur d'une proximité. »⁶¹⁶. Reléguer, délaisser le contact humain direct distend de fait le lien à autrui, risquant de les rendre encore plus étrange(r)s l'un à l'autre.

Deux constats s'imposent quant à la technique : elle donne à voir une image ou une interprétation du corps, résultats supplantant l'échange. « Ce que voit le médecin du corps de son patient, n'est pas le corps de son patient : c'est une image du corps (ou de tel ou tels organe) qui lui est transmise par une machine qui, grâce à un ordinateur, analyse des données numériques, les re-compose et les re-constitue sur un écran. »⁶¹⁷. Or, la tentation est grande - car il faut parler de tentation - de négliger le corps pour n'en conserver qu'une image et non une perception. Percevoir un corps de façon clinique impose le contact avec ce dernier, contact faisant partie intégrante de l'examen : toucher, palper, percuter, sans médiateur ni médiation. La phrase de Charcot est loin d'être neutre : « A la maladie de se montrer, au malade de se cacher. »⁶¹⁸. Mais pour que la maladie se montre, le contact avec le malade est incontournable, inéluctable, irremplaçable.

Cependant, la technique évince progressivement la crédibilité du dire. La véracité provient de l'image, annihilant la parole, le contact physique entre soignant et personne

⁶¹⁵ Rapport « *Ethique et santé* » dit Rapport Cordier, 2003.

⁶¹⁶ Rapport « *Ethique et santé* » dit Rapport Cordier, 2003.

⁶¹⁷ M. Geoffroy, *La patience et l'inquiétude, pour fonder une éthique du soin*, Romillat, Collection espace éthique et politique, Institut Hannah Arendt, 2004, p.123.

⁶¹⁸ B.M. Dupont, *Paradigmes médicaux et révolutions épistémologiques*, in *Penser la médecine*, Op. cit., p.29.

à soigner. Le cliché radiologique dit plus que le praticien, lequel regarde parfois plus le cliché que la personne. Le compte-rendu écrit détrône l'échange discursif. Volonté voire exigence de certaines personnes, malades, les soignants se tournent aussi vers les examens complémentaires. « *Ils [les médecins] n'en ont, que pour le puzzle cellulaire, le corps radiographié, échographié, scanné, analysé, le corps biologique, génétique, moléculaire, la fabrique d'anticorps.* »⁶¹⁹. Recourir à l'examen complémentaire n'a pas la même signification de part et d'autre. Pour les praticiens, la certitude diagnostique est une motivation avérée, mais diminuer le risque d'erreur participe aussi à ce recours parfois *hypertrophié*. Or, si la certitude diagnostique et la volonté de diminuer le risque d'erreur semblent se rejoindre, leur irruption dans la démarche diagnostique ne procède pas forcément de la même temporalité. Aboutir au diagnostic peut ne pas nécessiter d'examen(s) complémentaire(s) : le recours aux investigations iconographiques et/ou biologiques n'est pas obligatoire mais intervient parfois à des fins de certitude, sans toutefois modifier l'attitude thérapeutique. Un exemple fréquent est celui de la fracture d'orteil. L'anamnèse, l'examen clinique suffisent à faire le diagnostic. De plus, qu'il y ait ou non fracture, le traitement ne diffère pas : syndactylie soit à visée antalgique, soit à visée orthopédique. Au demeurant, par facilité de la part des soignants ou par exigence de certitude diagnostique uni- ou bilatérale, la radiographie sera parfois demandée (hors accidents de travail pour lesquels, la preuve est nécessaire). Cette place laissée/donnée aux examens complémentaires se substitue (voire révoque) l'usage des seules connaissances. La conséquence de ce recours aux images ou, le cas échéant, à la biologie est un détournement de la confiance. L'imagerie et/ou la biologie font obstacle à un échange humain, basé sur des connaissances, mais aussi sur la prise d'un risque le plus souvent minime pouvant d'ailleurs être corrigé par l'évolution de la symptomatologie. Une analyse comparative des consultations avec ou sans support complémentaire (imagerie, biologie) pourrait être instructive quant au risque d'erreur. Mais l'usage est rentré dans les mœurs, et nombre de praticiens se retranchent désormais derrière leur utilisation. Finalement, l'examen clinique garde-t-il une place prévalente ou n'est-il que le support de pertinence des examens à demander ?

- « *Docteur vous n'avez pas examiné mon coude, dit la jeune femme à l'interne d'orthopédie.*

⁶¹⁹ D. Pennac, *Journal d'un corps*, Paris, Gallimard, Folio, 2017, p.13.

- *Je n'en ai pas besoin, j'ai la radiographie. Votre tête radiale est fracturée, vous devez porter une écharpe et tout va rentrer dans l'ordre.*

L'interne quitte la salle d'examen, informe l'urgentiste et retourne au bloc opératoire. L'urgentiste rentre dans la pièce, et la jeune femme réitère

- *Il ne m'a même pas examinée. Vous trouvez cela normal ?*
- *Je vous avais examinée, et je lui avais dit ce qu'il en était.*
- *Oui mais il aurait dû le faire, vous ne pensez pas ? Je ne suis pas une radiographie quand même ! Finalement j'aurais même pu ne pas être là, cela n'aurait rien changé.*
- *Je vais vous faire vos papiers pour que vous puissiez rentrer chez vous.*

L'urgentiste élude...

Au fil du temps, la place de l'examen clinique se réduit à l'image d'une peau de chagrin. L'investigation complémentaire s'interpose entre la personne et le professionnel, *protège* d'une erreur potentielle, évite d'avoir à discuter, à argumenter vis-à-vis de certaines personnes, malades, et devient synonyme de facilité. Le hiatus est donc flagrant entre ce qui devrait être (un examen clinique systématique) et ce qui est (le caractère jugé nécessaire et suffisant d'une radiographie sans examen clinique), parfois. Mais qu'advient-il lorsque l'investigation complémentaire n'est pas disponible ? Ce recours à la technique et son manquement tout à la fois ne sont-ils pas *in fine* une vulnérabilité supplémentaire pouvant être nommée *concomitante* ? Si la part technique devient supérieure à l'examen clinique, alors la *dialectique soignante* s'érode, et le passage aux Urgences représente une vulnérabilité réelle. Car le recours hypertrophié à la technique procède de la réification de la personne, malade, et de la relation, faisant disparaître toute dimension d'échanges intersubjectifs. Cette *vulnérabilité concomitante* est de deux types : l'attente de l'examen complémentaire source d'allongement de la prise en charge, la moindre proximité entre la personne, malade, et le praticien. Cette vulnérabilité n'existe pas du seul fait d'avoir recours à un examen complémentaire, mais de la place laissée à cet examen aux dépens de la relation.

S'il est ainsi possible de décliner plusieurs vulnérabilités *périphériques*, leur importance peut devenir centrale. Selon les cas, certaines de ces vulnérabilités pourront être potentielles voire théoriques, d'autres concrètes, prégnantes. Avoir conscience de ces vulnérabilités surnuméraires permet en partie de s'en prémunir, et de garder comme point d'ancrage fondamental le lien à l'autre. Avoir conscience de

ces phénomènes annexes pour garder une analyse médicale, relationnelle, aussi *pure* que possible, en réduisant l'aspect parasite de ces vulnérabilités supplémentaires est important, pour ne pas dire précieux. En effet, laisser la place à tout élément susceptible de dénaturer la dialectique soignante présente un risque de perversion de sa nature profonde, une relation d'Homme à Homme.

3.3.2 Langage inhospitalier

« Le langage est universel parce qu'il est le passage même de l'individuel au général, parce qu'il offre des choses miennes à autrui. »

E. Lévinas, *Totalité et infini*, Paris, Le Livre de Poche, Collection biblio essais, 1971, p.74.

3.3.2.1 Constatations ou l'existence d'une coutume langagière

Le langage est un acte à part entière, car il énonce, signifie, transmet à l'autre. Sorte de don, vecteur d'information(s), le langage et plus encore le choix des mots, n'est pas sans conséquence, surtout en situation d'urgence. Les mots, leur sens doivent être appréhendés. « *Si notre langage n'a pas de sens, alors rien n'a de sens.* »⁶²⁰. Or, tout mot présente un double sens : sa signification et sa direction.

Toute profession construit, utilise, véhicule un langage, écrit ou oral, particulier, spécifique, codé. Véritable lexique à part entière, Les expressions, sorte d'ellipses, émaillent les échanges quotidiens. Leur sens est entendu, partagé, compris par tous ; leur usage révélant l'appartenance au groupe. Pourtant, l'usage répétitif de ces locutions induit leur banalisation alors même qu'elles peuvent apparaître inadaptées pour des oreilles étrangères à ces habitudes langagières. De plus, force est de constater que ces expressions sont le plus souvent dévolues au champ de l'oralité, leur transcription *in extenso* dans le dossier du malade étant rarissime, voire bannie pour certaines d'entre elles. L'oralité seule autoriserait-elle des termes relevant d'un registre pourtant peu adapté au domaine professionnel ? N'est-il pas du devoir de chacun de s'interroger sur ces mots couramment utilisés ?

⁶²⁰ A. Camus, *Carnets II, Op. cit.*, p.35.

Conformément à la méthode choisie⁶²¹, les propos ici rapportés n'ont pas été imaginés mais ont été entendus, glanés au cours des années passées aux Urgences. Ces exemples ne constituent ni une liste exhaustive, ni un lexique officiel. Choisis pour leur usage courant (au moins au sein des équipes fréquentées), leur emploi apparaît révélateur de raccourcis, d'habitudes pouvant révéler des attitudes d'impact non anodin.

« Quelle est la fonction primitive du langage ? C'est d'établir une communication en vue d'une coopération. Le langage transmet des ordres ou des avertissements. Il prescrit ou il décrit. Dans le premier cas, c'est l'appel à l'action immédiate ; dans le second, c'est le signalement de la chose ou de quelqu'une de ses propriétés, en vue de l'action future. Mais, dans un cas comme dans l'autre, la fonction est industrielle, commerciale, militaire, toujours sociale. Les choses que le langage décrit ont été découpées dans le réel par la perception humaine en vue du travail humain. Les propriétés qu'il signale sont les appels de la chose à une activité humaine. Le mot sera donc le même, comme nous le disions, quand la démarche suggérée sera la même, et notre esprit attribuera à des choses diverses la même propriété, se les représentera de la même manière, les groupera enfin sous la même idée, partout où la suggestion du même parti à tirer, de la même action à faire, suscitera le même mot. Telles sont les origines du mot et de l'idée. L'un et l'autre ont sans doute évolué. Ils ne sont plus aussi grossièrement utilitaires. Ils restent utilitaires cependant. »⁶²².

La fonction fondatrice du langage est incontournable, indispensable, car elle relie les Hommes entre eux, comme elle unit les idées aux actions, et inversement. Selon Henri Bergson, le langage permet à la fois la description et la prescription, à savoir l'échange d'informations à des fins de fonctionnement intersubjectif. Le langage serait un prérequis à l'action immédiate ou future. Par l'intermédiaire du langage, cette action s'avère intelligible, puisque les mots associés, véritables outils, représentent, pour tous les interlocuteurs, la même chose. Issu de la perception humaine, le mot désigne une action et l'action est désignée par ce mot. La correspondance est parfaite, et autorise la compréhension synchrone et connexe de tous. Cette description est pragmatique, la racine issu du grec *pragma* signifiant action. Henri Bergson ne nie pas l'évolution possible du langage, sa modification potentielle, lesquelles définissent sa

⁶²¹ Cf. Partie 3.1 : Méthode

⁶²² H. Bergson, *La pensée et le mouvant*, Paris, PUF, Quadrige, 1990, p.86.

précision. Néanmoins, la fonction utilitaire du langage persiste, reste prévalente. Les fonctions du langage ainsi décrites sont capitales à intégrer pour comprendre l'impact d'un langage professionnel. En effet, sous des locutions, des expressions, chaque membre du groupe, en l'occurrence tout soignant appartenant à l'équipe, comprend la même chose. Certaines de ces expressions, parfois connues du grand public, appartiennent au langage hospitalier c'est-à-dire ayant cours à l'hôpital.

Le mot *jargon* englobe les formules ou expressions utilisés au sein d'un groupe. Mais ce terme est-il idoine ? Si l'origine n'est pas claire, sa définition au XII^e siècle était « *langage des oiseaux, gazouillis* »⁶²³. Son sens premier est un langage corrompu, déformé, incorrect. Sa seconde signification est celle d'un « *langage incompréhensible* ». Enfin, le sens commun actuel est celui d'un « *langage particulier à un groupe et caractérisé par sa complication, l'affectation de certains mots, de certaines tournures* »⁶²⁴. Cette dernière acceptation est comprise par tous, mais le terme de complication lui confère une connotation pouvant être interprétée comme péjorative. Plutôt que de parler de jargon, la locution *coutume langagière* paraît plus appropriée. Issue le plus souvent du langage courant, cette *coutume langagière* se compose de mots isolés ou d'expressions, plus ou moins détournés de leur champ d'application. Ces tournures, ces acceptations sensées symbolisent l'incorporation et l'appartenance à un groupe, celui des professionnels. Leur usage s'intègre dans une sorte de rite démonstratif. Accéder à ce langage, se l'approprier, réussir à recourir à ces expressions de façon fluide relève du rite initiatique, permettant d'acquérir une nouvelle identité : celle de soignant, mais de soignant intégré.

Quelques expressions ont été choisies et seront présentées ci-après. La liste n'est nullement exhaustive et ne constitue en rien un glossaire.

« Dossiers »

Dès son arrivée, toute personne venue consulter est inscrite par la constitution d'un dossier : « *Il faut que vous inscrive, je vais faire votre dossier* ». Tant que les soins n'ont pas débuté, la dimension administrative peut se concevoir. Mais, cette terminologie a pénétré, puis envahi le langage soignant, allant jusqu'à substituer la présence du

⁶²³ Le Robert, *Op. cit.*

⁶²⁴ Le Robert, *Op. cit.*

malade par son *dossier*. Ainsi, est-il possible d'entendre, y compris en zone de soins : « *J'ai des dossiers en cours* » ou alors « *Il faut que je finisse mes dossiers* ». Ces expressions au sein desquelles la personne, malade, disparaît au profit du *dossier* ne sont pas anecdotiques et certainement pas anodines. Le médecin conclut le *dossier*,...l'infirmière prépare le *dossier*,... le brancardier ne doit pas oublier le *dossier*, ...certains *dossiers* sont égarés... Le *dossier* est omniprésent, mais que recouvre exactement ce terme ? « *Le dossier du patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit, dans un établissement de santé.* »⁶²⁵. Cette définition formelle du *dossier* stipule qu'il n'est que le « *lieu de recueil et de conservation* » d'informations nécessaires à la prise en charge du malade. En quelque sorte, le *dossier* est une centralisation de l'information, une archive, mais ne saurait se substituer à la personne, malade, surtout lorsque la prise en charge est en cours.

Le contenu du *dossier médical* est reconnu par le décret n° 2002-637 du 29 avril 2002, décret relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L.1111-7 et L.1112-1 du code de la santé publique⁶²⁶. Pourtant, l'usage a retenu le seul mot de *dossier* sans nul autre qualificatif ou épithète. Et l'abus de langage, ou l'habitude, aboutit à faire un amalgame, au moins langagier, entre la personne, malade, et son dossier. Cette juxtaposition, suivie de la fusion entre administration et soins, efface la dimension humaine des soins. Alors que le *dossier médical* devrait être une sorte d'outil pour les soignants, il semble que ces derniers soient au service des dossiers. Support de transmission, le *dossier* semble parfois plus important que l'échange entre soignants. Retrouver, réintégrer l'épithète *médical* pourrait redonner la fonction pleine et entière à ce terme de *dossier*. En effet, qualifier le dossier de médical remettrait en position centrale la dimension soignante, relèguerait, ou tout du moins distancierait, la dimension administrative.

⁶²⁵ HAS, *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, Dossier du patient : réglementation et recommandations*, Juin 2003.

⁶²⁶ Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002, décret relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L.1111-7 et L.1112-1 du code de la santé publique. JORF n°101 du 30 avril 2002 page 7790, texte n° 8.

« C'est quoi ? »

Cette formule interrogative directe, sans inversion, ponctue fréquemment l'arrivée de malades à prendre en charge. L'infirmière Organisatrice de l'Accueil s'apprête à présenter un nouveau *dossier*, et l'interlocuteur soignant, paramédical ou médical, a souvent ce réflexe de demander ce que c'est, sans demander l'identité. La primauté de la pathologie s'affiche d'emblée, relayée par la *coutume langagière* qui a adopté un raccourci appartenant au langage populaire « *C'est quoi ?* ».

Le « *C'est quoi ?* » est une forme d'enveloppe anonyme interrogeant le motif de la consultation. Cette formule n'a pas pour but conscient de nier la personne, et est, sans doute, due au fait que le soignant locuteur n'a pas encore eu de contact visuel avec celle-ci. Ainsi, l'individu n'est pas nommé, l'identité s'avère oubliée et seul l'aspect médical transparaît. Pourtant, nommer explicitement, c'est reconnaître l'autre, lui conférer une forme de respect. Si cette habitude - « *C'est quoi ?* » - appartient au registre de la déformation professionnelle, elle est générée, guidée par la nécessité d'obtenir une synthèse rapide. « *C'est une fracture du col, chute au domicile avec station au sol durant 2 heures environ.* » répond l'infirmière. Ce premier contact virtuel, désincarné permet d'obtenir des indices, et d'intégrer ce prochain malade dans le mouvement de ce qui est à faire, en lui attribuant une première valence de charge en soins. Savoir que le prochain malade est *une fracture du col*, ne signifie pas la même chose qu'un accident vasculaire cérébral. Une fois le motif de consultation énoncé, le soignant est préparé, de façon anticipée, au premier contact. L'identité réelle, concrète ne peut être devancée, mais la réflexion, la charge en soins nécessaires le sont, par le biais de la réponse à cette interrogation rapide, incisive. Le « *C'est quoi ?* » est une amorce directe, ciblée afin d'obtenir les premières informations. Les soignants ne souhaitent pas l'exclusion de la dimension concrète, mais cherchent seulement à aller vite, et inscrivent déjà la personne, malade, dans la gestion du temps de l'urgence. Pour autant, cette formule fait écho à l'« *être impersonnel* »⁶²⁷ cité par Emmanuel Lévinas. Il s'agit d'une étape non personnifiée, qui « [...] *marque le caractère impersonnel de cette étape où la conscience impersonnelle vit qu'il y a quelque chose, sans objet, sans substance - un rien qui n'est pas un rien, car ce rien est plein de murmure, mais murmure non nommé.* »⁶²⁸. Le soignant obtient, par analogie à l'évocation du murmure, une première impression du malade à venir.

⁶²⁷ E. Lévinas, *Altérité et transcendance*, Op. cit., p. 109.

⁶²⁸ *Ibid.*, p. 109.

Stigmatisé par rapport à un motif de venue, à une pathologie potentielle, « *il* » (le prochain malade) ne porte à ce stade aucune caractéristique personnifiée. L'oreille étrangère, non initiée, risque de ne percevoir que cette réification. « *Notre dispersion [spirituelle] dans le règne du Cela, au détriment du règne du Tu, a envahi peu à peu le domaine des relations sociales, et nous a fait invinciblement considérer les personnes comme des moyens.* »⁶²⁹. Dans un service d'urgences, la dimension régnante est détenue par les pathologies, le *Cela*, qui prennent le devant de la relation, du soignant vers la personne, malade. Si l'identité des malades est connue des soignants, la moindre hésitation rattache cette identité à la pathologie :

- *Madame X est revenue de la radio ?* demande l'infirmier au brancardier.
- *C'est qui Madame X ?*
- *Tu sais c'est la dame venue pour suspicion d'occlusion intestinale. Ah oui elle est revenue, je l'ai mise en zone d'attente.*

Cet amalgame entre identité et pathologie n'est ni négligence volontaire, ni malveillance intentionnelle. Cette habitude est imputée à la charge de travail, comme si celle-ci suffisait à valider une forme d'oubli de la personne. Le focus se fait sur le motif de venue, véritable repère professionnel commun.

De plus, « [...] *les deux sources de la parole (qui) sont, bien entendu, les deux sources de la pensée : les choses d'une part, les personnes d'autre part, le cela et le tu.* »⁶³⁰. En pareil contexte, le *Cela* appartient à l'univers professionnel, au quotidien et donc prévaut, tandis que le *Tu* est à ce stade totalement étranger. Chaque soignant sait raconter, relater dans le détail, des malades les ayant marqués, soit par le caractère singulier de leur venue, de leur histoire de vie, soit par leur pathologie dont le diagnostic fut difficile. Mais très peu d'entre eux, pour ne pas dire aucun, ne se souvient de leur nom alors que leur histoire agrmente leur vécu et expérience professionnels, et constituent leur mémoire. Le *Tu* s'efface d'autant plus naturellement que ces malades ne viendront aux Urgences qu'une fois, et auront été dilués dans le flux général, incessant. Et si les consultations se sont répétées, les équipes ne seront pas obligatoirement les mêmes à chacun de leurs passages.

⁶²⁹ M. Buber, *Op. cit.*, p.29.

⁶³⁰ *Ibid.*, p.27.

« Interrogatoire »

Lors de la prise en charge d'un malade, le temps de « l'interrogatoire » est primordial. Si cette étape peut être bousculée, évincée par les circonstances, rechercher l'anamnèse nécessite de questionner le malade. Car seul le malade est capable de « se communiquer »⁶³¹ selon la formule d'Hanna Arendt. La parole révèle le processus de la maladie, mais aussi l'individualité propre et l'insertion dans le monde humain, éléments importants pour la prise en charge.

Néanmoins, ce terme d'*interrogatoire* appartient, *stricto sensu*, à un registre juridique, policier. Ne dit-on pas « mener un interrogatoire », « subir un interrogatoire » lors d'une enquête ? Certains auteurs distinguent deux temps à cette phase en contexte médical. « Dans l'échange, Fletcher distingue d'une part « la prise de l'observation (*history taking*) qui a été conventionnellement enseignée comme une technique d'interrogatoire du patient par lequel le médecin tente de lui extraire l'information nécessaire au diagnostic de la maladie physique », et d'autre part l'interview qui « inclut le précédent, mais va plus loin en cherchant à découvrir - en écoutant et en encourageant le patient à parler - quelle sorte de personne il est et comment il est affecté par la maladie. »⁶³². Dans cette assertion, le terme extraire est à la fois singulier et éloquent. Singulier car il s'agit d'un entretien entre médecin et malade, et éloquent car il révèle l'intensité parfois nécessaire à la recherche de l'anamnèse. L'interview s'axe sur l'individu en tant qu'entité, à l'inverse de la prise d'observation focalisée sur la pathologie. Au demeurant, la somme de la prise d'observation (*history taking*) et de l'interview forment l'*interrogatoire* ; ces deux phases étant intimement mêlées et liées, voire indissociables.

Le but primordial de l'*interrogatoire* est effectivement de pouvoir recueillir les éléments anamnestiques indispensables à l'établissement du diagnostic. Il s'agit « ...en fait d'un acte profond et rituel de transformation par lequel le vécu de la maladie (*illness*) se change en maladie biologique (*disease*, la personne devient un patient et les valeurs professionnelles sont transférées du praticien au « cas ». Par cet acte d'écrire le récit d'un patient, le praticien transforme le malade-sujet en objet d'une

⁶³¹ H. Arendt, *Op. cit.*, p.232.

⁶³² Fletcher C., *Listening and talking to patients*, Br. Med J 1980 ; 931-933.

enquête professionnelle et éventuellement d'une manipulation. »⁶³³. Temps d'écoute, le praticien accumule, au fur et à mesure du questionnement, les indices dont la succession, la somme, la séquence permettent d'échafauder des hypothèses diagnostiques. Le but est de répondre aux questions de *l'avant*, du *pendant*, pour définir *l'après*, afin, en trouvant la logique, le chemin, d'aboutir au diagnostic. Ainsi, le passé correspond-il à un *unde*, « *d'où* », le présent à un « *par où* », *qua*, et le futur à un *quo*, un « *où va* ». Chercher, de façon appliquée, les indices permettant de construire le diagnostic est une attitude mue par l'inquiétude, par l'envie d'aider l'autre. Si Emmanuel Lévinas a écrit que « *Penser autrui relève de l'irréductible inquiétude pour l'autre.* »⁶³⁴, il est licite d'entendre cette phrase comme « *Panser autrui* ». Ce temps d'échanges, de dialogues est guidé par la motivation profonde de recueillir suffisamment d'éléments, pour parvenir au diagnostic. Dans cette configuration, chacun, personne, malade, et médecin, se trouve dans une posture double, à la fois témoin et agent, alternant une fonction active et passive à l'échange.

« *Ça me fait mal* », murmura t'elle sur un ton d'excuse. « *Bon* » fit Antoine. [...] « *Etendez-vous là* », ordonna t'il, en dépliant une toile sur la chaise longue. Il ne souriait plus, il était de nouveau tout à son inquiétude.[...] *Le moment décisif était venu.* »⁶³⁵. Antoine, figure du médecin dans *Les Thibault*, est concentré sur le doute, cette inquiétude centrée sur le malade. Son attitude est celle de la recherche, via les questions, l'écoute des réponses. L'écoute occupe une place centrale au cours de l'*interrogatoire*. « *Elle [L'écoute] est sans jugement sur l'autre, de quelque ordre que ce soit : moral, médical, culturel, politique, religieux, etc. Oreille nue ! Rien ne précède l'écoute pure. Elle est sans catégories, sans classement, sans hiérarchie, sans comparaison - que ce soit à des normes, à des modèles, à tel autre. Ecouter n'est pas accuser, certes : l'écoute met justement hors du procès.* »⁶³⁶. Cette écoute se veut réceptive et non interprétative, puisqu'elle est dénuée de préjugés, de déductions inappropriées. La locution *hors procès* insiste sur l'absence de jugement, qu'il s'agisse de jugement de valeur ou de fait. L'écoute a pour fonction de recevoir et de connecter l'information à l'enquête anamnestique. Si cette recherche anamnestique procède de l'écoute, si l'écoute permet de s'extraire de l'*accusation*, alors force est de constater

⁶³³ A. Kleinman, *Op. cit.*, p. 131.

⁶³⁴ E. Lévinas, *Altérité et transcendance*, *Op. cit.*, p.108.

⁶³⁵ R. Martin du Gard, *Les Thibault*, *Op. cit.*, p.40.

⁶³⁶ M. Bellet, *L'écoute*, Paris, Desclée de Brouwer, 1995, p. 24.

que ce terme d'*interrogatoire* semble inapproprié, tant il comporte de connotation accusatrice. Car interroger quelqu'un est non seulement actif envers autrui mais comporte un sens, un caractère unidirectionnel : le malade est interrogé. *Interrogatoire* au décours duquel, ce même malade pourra lui-même s'interroger sur le déroulement des soins à venir. Songer à substituer ce terme semble idoine.

Puisqu'il s'agit de demander, d'écouter et d'associer en se préoccupant du malade dans sa globalité (*history taking* et *interview*), le mot *entretien* semble plus approprié. Ce terme d'entretien ne stigmatise pas l'un des deux locuteurs, chacun ayant part à l'échange et ne comporte aucune consonance judiciaire. De plus, ce mot recouvre un vaste champ pouvant comprendre aussi bien la recherche anamnétique, que l'inquiétude vis-à-vis de l'autre. Enfin, le verbe « *s'entretenir* » est pronominal, et signifie, de façon affirmée, l'implication pleine et entière tant du soignant que de la personne à soigner, sans ascendant de l'un par rapport à l'autre. « *Un monologue peut être long et disert, il exprime moins d'âme que le dialogue le plus naïf. Si étouffé, si mal balbutié que soit le dialogue, il porte la double marque du donné et du reçu, ou tout au moins, comme un prélude, la double tonalité de l'aspiration et l'inspiration des âmes.* »⁶³⁷. La dimension dialogique fait intervenir le propos de chacun, la *double tonalité* fut elle dissonante, le cas échéant. Le fait de s'entretenir avec autrui comporte cette possible bilatéralité, cette ouverture à l'autre, sous forme de questions et de réponses, et autorise une posture un peu moins formelle de la part du soignant que lors d'un *interrogatoire*. Car l'*entretien* nécessite une attention particulière et participe de la dimension dialectique de la rencontre.

« *Si l'on n'y prend garde, ce qu'on écouterait, lorsque quelqu'un viendrait pour se faire entendre, ce n'est pas ce qu'il dira, c'est le texte du savoir ; et ce qu'on entend ce n'est pas sa parole, mais ce qui, à propos d'elle, peut se répéter du discours théorique préalablement appris.* »⁶³⁸. L'*interrogatoire* risque si l'on n'y prend pas garde d'être uniquement orienté sur la correspondance entre éléments énoncés et signes appris, de façon théorique. *A contrario*, l'*entretien* implique une dimension d'ouverture, tant dans la parole que dans l'écoute à consacrer à l'autre. L'*entretien* est, *a priori*, moins scandé, censuré par les arrêts impromptus de l'*interrogatoire*. S'offrir cet espace de liberté permet de modifier le lien au temps dans son utilisation, de laisser un peu libre

⁶³⁷ M. Buber, *Op. cit.*, p.30.

⁶³⁸ M. Bellet, *Op. cit.*, p.137.

cours à ce qui doit être dit. Du fait des circonstances, certains entretiens seront plus brefs que d'autres. Un traumatisme de la cheville ne comporte pas les mêmes phases discursives qu'une leucémie découverte aux Urgences, dont *l'entretien* d'annonce sera nettement plus marquant. Enfin, *l'interrogatoire* recèle une connotation d'ascendance du soignant, alors que *l'entretien* comporte une dimension de symétrie entre les deux interlocuteurs.

« Bobologie »

Aux Urgences, les consultations de faible gravité sont regroupées sous une entité, parfois connue du grand public, la *bobologie*. Terme formé de « *bobo* », mot enfantin signifiant « *douleur physique* »⁶³⁹, et du suffixe « *-logie* », issu de *logos* en grec, permettant de générer le nom d'une science. Ce mot est inscrit dans le dictionnaire avec pour définition : *bobologie*, mot familier et péjoratif, « *ensemble des maux bénins qui occasionnent des interventions ou des consultations médicales souvent abusives aux Urgences, notamment.* »⁶⁴⁰. Cette définition suscite plusieurs remarques. En effet, le caractère bénin ne peut être déterminé de façon certaine qu'au décours d'une consultation médicale⁶⁴¹, sans toutefois remettre en cause le bon sens de la population. De plus, cette *bobologie* est associée au caractère inapproprié des consultations aux Urgences, consultations jugées *abusives*, en le pondérant toutefois par l'adverbe « *souvent* ». Cet adjectif *abusives*, même s'il est pondéré par l'adverbe *souvent*, donne une connotation dépréciative pour les personnes ayant cette démarche et semble culpabilisante. La connotation péjorative est réelle dans le discours des professionnels lorsqu'ils parlent de *bobologie*.

- *Comment s'est passée la journée ?*
- *Pas transcendant, on a fait que de la bobologie, rien d'intéressant.*

Toujours est-il que cette néo-entité nosologique est régulièrement citée dans les services d'urgences, dans un registre de banalisation suffisant à induire la dé-gradation du niveau de gravité. D'une *dé-gravité* engendrant la déliaison du temps : la *bobologie*

⁶³⁹ Le Robert, *Op. cit.*

⁶⁴⁰ Dictionnaire Larousse en ligne, entrée « bobologie ».

⁶⁴¹ Braun F., Pateron D., Giroud M., Samu-Urgences de France, *Note de synthèse, Surcharge des structures des urgences et gestion des hospitalisations*, septembre 2013.

est une consultation rapide, souvent dévalorisée par les urgentistes. Dans la majorité des cas, cette consultation a lieu au *circuit court*. Serait-il inepte, incongru de parler de consultation rapide plutôt que de *circuit court* ? Le terme *circuit* n'est pas approprié pour les malades, car il est dévolu à l'organisation. S'il décrit bien une trajectoire, revenir à l'entité personnifiée s'inscrit dans la velléité de rencontrer l'autre, et de ne pas le reléguer. Enfin, en remplacement de *bobologie*, la notion de pathologie peu grave, ou de consultation légère évite la dé-gradation. La définition officielle pourrait être différente en stipulant que la *bobologie* est un « ensemble de maux jugés bénins au décours d'une consultation médicale ». Elle s'avèrerait dès lors plus proche de la réalité des faits et abolirait la culpabilisation du consultant.

« Bilan »

La démarche soignante comporte fréquemment la nécessité d'avoir recours à des examens complémentaires. L'avantage, l'atout de cette appellation est de spécifier l'aspect complémentaire. Cette notion semble remettre en ordre logique et prioritaire l'examen clinique comme le primat de la prise en charge médicale. Viennent ensuite les examens complémentaires qui ne devraient pas supplanter l'importance de la clinique. Le temps de l'urgence et de la médecine en général, voire de la société, a vraisemblablement imprimé un raccourci passant d'examens complémentaires à *bilan*. Si le *bilan* consiste à « tirer un trait » (tel un trait d'addition), pour établir un « tableau résumé », les examens complémentaires viennent étayer la clinique. Pourtant, il est licite de s'interroger sur cette terminologie d'examen complémentaire. En effet, le terme d'examen signifie « action de considérer, d'observer avec attention »⁶⁴². Or, l'examen complémentaire n'est pas, en soi, une action, ni une considération, ni une observation attentive. L'examen complémentaire est le recours à une technique, médiée par un support non humain permettant d'obtenir une image, une analyse sanguine, dont l'interprétation nécessitera une observation attentive, une expertise. Ne faudrait-il pas utiliser plutôt la formule d'*investigation complémentaire* semblant plus idoine et pourtant moins employée ? Cette terminologie devrait être privilégiée ou du moins réfléchie.

⁶⁴² Le Robert, *Op. cit.*

L'usage veut que les prélèvements sanguins et/ou les investigations radiologiques soient regroupés sous le terme de « *bilan* ». Un mot permettant de synthétiser toute investigation en plus de l'examen clinique.

- *Tu lui as fait quoi comme bilan ? » demande le senior à l'interne.*
- *Une num, un iono, et j'attends pour demander le scann ou l'écho. Ça dépendra des résultats et de sa réévaluation clinique.*

Les abréviations émaillent la réponse, mais restent intelligibles. Le mot *bilan* est passé dans le vocabulaire du soin. Pourtant, sa définition formelle, académique - « *tableau résumé de l'inventaire ou de la comptabilité d'une entreprise.* »⁶⁴³ - ne comporte pas le moindre élément faisant partie de la sphère du soin. La sécurité sociale définit quant à elle le bilan de santé comme « *un examen personnalisé en fonction de votre âge, de vos antécédents familiaux, de vos habitudes de vie...* »⁶⁴⁴. Il est ici indiqué qu'il s'agit d'un *bilan* se rapportant à la santé correspondant à un examen personnalisé, adapté à la personne (âge, antécédents, habitudes), examen pouvant inclure des prélèvements sanguins et des investigations radiologiques. Pourtant, si le mot *bilan* ne paraît pas en soi incongru, il correspond au transfert d'un mot entrepreneurial à un domaine initialement très éloigné. L'interpénétration entre monde de l'entreprise⁶⁴⁵ et monde de la santé doit-elle être acceptée ou peut-elle être modifiée ? La rigueur voudrait que les prélèvements sanguins soit dénommés biologie, et les examens d'imagerie, radiologie.

« Il n'est pas frais »

- *Ben dis donc, il n'est pas frais ton malade...*
- *Disons qu'il a quelques comorbidités et que la pneumonie ne l'aide pas...*
- *C'est ça, il n'est pas frais...*

Cette locution assez explicite est tout à fait incongrue. Le qualificatif *frais* n'est pas entendu au sens premier, c'est-à-dire « *légèrement froid* »⁶⁴⁶. Le malade n'est pas non plus, malgré les apparences, considéré comme une marchandise avariée ou

⁶⁴³ Le Robert, *Op. cit.*

⁶⁴⁴ AMELI, bilan de santé : <https://www.ameli.fr/val-de-marne/assure/sante/assurance-maladie/prevention-depistages/examen-prevention-sante>

⁶⁴⁵ Cf. définition formelle du mot bilan ci-avant.

⁶⁴⁶ Le Robert, *Op. cit.*

détériorée, mais cet adjectif est synonyme de fatigue, de fragilité. Un des sens est d'ailleurs « *qui a ou garde des qualités inaltérées d'éclat, de vitalité, de jeunesse, qui respire la santé, la vie* »⁶⁴⁷. Est-ce une réminiscence de l'expression « *Eh bien nous voilà frais !* » signifiant une mauvaise posture, et donc un risque évolutif hasardeux ? Difficile de le déterminer, mais chacun comprend le sous-entendu, à savoir l'altération patente de celui dont il est question. En général, suite à pareil constat, l'inquiétude est partagée. « *Il n'est pas frais* » sonne comme une alerte, requérant une attention accrue, et parfois même cachant l'évolution létale pressentie. Mais ne faut-il pas là encore prêter attention à cette expression peu amène ? Signifier la même chose autrement n'en dénaturerait pas le contenu, bien au contraire. Serait-ce déplacé de dire explicitement la fatigue, le péril, l'inquiétude ? Le langage est-il une façon de mettre à distance le risque, ou l'anticipation anxieuse de ce qui pourrait advenir ? Sans doute...mais poursuivre avec cette expression ne semble pas pertinent, ce registre éloignant l'éthique.

« Voir un malade »

Prendre en charge un malade est souvent résumé par l'expression « *Voir un malade* ».

Le téléphone sonne, le médecin décroche.

- « *Allo où es-tu s'il te plait ? Il y a besoin d'un avis à l'accueil...*
- *Je suis dans un box en train de voir un malade. J'arrive dans 5 minutes. ».*

Dans cet exemple pluriquotidien, le verbe employé n'est pas « *examiner* » un malade, mais « *voir* ». Cette dimension visuelle induit, instaure une mise à distance, car place le locuteur dans une posture de spectateur, comme *on* assisterait à quelque chose. « *Il est difficile de rester empereur en présence d'un médecin, et difficile aussi de garder sa qualité d'homme. L'œil du praticien ne voyait en moi qu'un monceau d'humeurs, triste amalgame de lymphe et de sang.* »⁶⁴⁸. « *L'œil du praticien* » voit, décrypte, transperce presque et pourrait (quasiment) remplacer la main qui palpe, touche, percute. Pourtant, le fait de *voir un malade* comporte toutes les phases de la prise en charge - l'entretien, l'examen clinique, l'explication du déroulement des soins

⁶⁴⁷ Le Robert, *Op. cit.*

⁶⁴⁸ M. Yourcenar, *Op. cit.*, p.11.

- et englobe d'autres sens dont l'ouïe, le toucher. Un verbe réducteur des actions, dévalorisant presque l'étendue de ce qui a lieu. Est-ce une forme de raccourci visant à gagner du temps ? Ne faudrait-il pas privilégier le verbe *examiner* ?

« Négocier un examen »

Avoir besoin, au cours de la prise en charge, d'un examen de radiologie nécessite à juste titre d'en faire la demande auprès du radiologue. Il n'est pas rare que cette demande soit libellée par le verbe *négocier*. Ce verbe a pour sens premier « *faire du commerce* »⁶⁴⁹. Ce n'est que secondairement, que ce verbe a pris le sens de *débattre*⁶⁵⁰, et trouve, de fait, une application en termes de soins. Toutefois, ce lien avec une sphère étrangère à la santé reste éloquent. L'usage voudrait sans doute, par purisme, qu'un examen soit demandé ou débattu. Eloigner le vocable commercial, ou tout du moins, ne pas omettre d'en avoir conscience, doit rester une préoccupation, en vue de ne pas dénaturer la valence des actes entourant les soins. Car cette négociation tient parfois du marchandage, chaque interlocuteur procédant d'un argumentaire valide, mais peu recevable l'un pour l'autre. Ainsi, le radiologue pourra-t-il considérer qu'un examen négatif, c'est à dire normal, n'a pas d'intérêt, alors même que l'urgentiste en sera satisfait quant à son raisonnement hypothético-déductif.

« Conclure un malade »

L'aboutissement de la démarche diagnostique et thérapeutique amène le médecin à *conclure le dossier médical* du malade, contenant les éléments médicaux, paramédicaux, les investigations complémentaires colligées. La synthèse orale qui en est faite est la suivante : « *Je dois conclure un malade* ». Cette élude du mot *dossier* vient en collision avec le nom de malade qui doit être conclu. Cet acte de conclusion est le point d'orgue symbolique de la rencontre. Pour autant, *conclure un malade* n'est pas très approprié, et peut faire écho à *conclure un marché*. Aucun être humain n'est *conclu*. L'acte de conclure ne saurait s'adresser à un être vivant, ce d'autant que le passé composé du verbe conclure a pour auxiliaire le verbe avoir. Cela revient à dire que le médecin a conclu un malade, ce dernier étant alors conclu. Usurpation ou

⁶⁴⁹ Le Robert, *Op. cit.*

⁶⁵⁰ *Ibid.*

dénaturation du sens de l'acte en lui-même, signifiant la dématérialisation de la rencontre, presque passée sous silence. Là encore, l'efficacité *marchande* prend le pas, s'immisce au sein du langage des soignants.

Cette *coutume langagière*, peu amène, jalonne le quotidien de l'hôpital. Intégrée, ancrée, l'habitude prend le pas sur la conscience des mots. L'interférence avec un aspect commercial, voire marchand, est réelle, aspect devenu légion dans les discours des tutelles. L'écho de cette immixtion n'est pas perçu par tous les soignants, même si certaines traces langagières en témoignent, attestant de l'évolution des politiques, des lois de santé, mais aussi de la société. Ainsi, l'évolution législative a-t-elle fait disparaître le mot *malade*, pour le substituer par le terme de *patient*, avant de devenir *usager d'un système de santé*. Les soignants doivent défendre leurs valeurs tant vis-à-vis de l'extérieur - tutelles administratives, supports médiatiques pour ne citer que ces deux exemples - que vis-à-vis de l'intérieur, à savoir au sein même de leur lieu de travail, dans leur quotidien dont ils sont à la fois acteurs et passeurs. Acteurs par leur participation active, et passeurs par transmission à d'autres en devenir, les étudiants.

Or, pour communiquer sur ces valeurs, fragiles au regard des logiques de rentabilité, l'outil premier est le langage. Le relief de ce langage doit être analysé, et les soignants doivent là aussi prendre soin de cet outil communicationnel. Se défaire quotidiennement de certaines expressions, s'astreindre à ne pas verser dans des habitudes langagières pourtant ancrées est une forme de discipline à ne pas négliger. Afin de revenir à un référentiel humain et humaniste, le soin doit aussi concerner le langage, lequel ne doit pas laisser libre cours à un commerce, à un entrepreneuriat galopant, intrusif. « *Il faut, mot pour mot, se rendre compte de ce que l'on dit, et, en toute action, de ce qui en résulte ; dans ce dernier cas, voir directement à quel but notre action se rapporte ; et, dans le premier cas, veiller à ce que les mots signifient.* »⁶⁵¹. Or, conclure un *malade* ne veut rien dire...

⁶⁵¹ Marc-Aurèle, *Op. cit.*, p.100.

3.3.2.2 *Débordements de langage ou une oralité transgressive*

Dans le brouhaha des Urgences, le plus souvent à huis clos, entre soignants, il arrive parfois que certains mots ou certaines expressions, manifestement inappropriés, soient prononcés. Par pudeur et respect, ces expressions spontanées, captées sur le vif, ne seront pas citées. La finalité n'est pas ici de mortifier la parole, mais bien de l'analyser, la comprendre, en vue de la faire, le cas échéant, évoluer.

Alors que le langage est censé être un outil communicationnel, il en devient, soudainement et brutalement, l'antonyme. Ces locutions brutes semblent, peuvent paraître abruptes, mais révèlent et signifient, vraisemblablement, le dépassement du soignant. Le langage semble être, alors, la perception directe, voire immédiate, du locuteur sans étape préalable d'intériorisation, de réflexion. Témoignant d'une tension patente, issue de la confrontation du soignant avec des contextes particuliers, ou avec l'autre, ces mots s'inscrivent dans un décalage, telle la nécessité de se mettre à distance de ce qui se joue. En effet, force est de constater que ces formules, véritables traces d'un vécu sensible, s'avèrent des ellipses synthétiques de situations perturbantes, voire dramatiques.

... La vision d'un homme sans domicile fixe indifférent à son pied en état de putréfaction...L'obligation d'hospitaliser un malade ayant commis volontairement un accident sur l'autoroute, accident au cours duquel deux personnes sont décédées ... Une jeune femme psychotique en train de manger un de ses index dont il ne reste plus qu'une phalange, les deux autres ayant été englouties digérées quelques jours auparavant...

Alors, des mots crus, des propos inadéquats peuvent être émis. Ne plus avoir de repère, ne serait-ce que temporairement, se sentir démuni lors d'une scène difficile à supporter, peut induire une parole décalée, choquante, et presque incompréhensible du fait de sa violence. Le mot violence peut être ici entendu selon l'énoncé d'Aristote, *acte non consenti*⁶⁵², l'absence de consentement concernant le soignant. Ce langage inapproprié s'apparente vraisemblablement à un exutoire, et signe, au moins en partie, une forme d'inquiétude exacerbée, et peut être même un sentiment de dépassement.

⁶⁵² Aristote, *Ethique à Nicomaque*, livre III, [1110 a 1], *Op. cit.*, p.131.

Que ces mots traduisent le rejet de l'autre et/ou de la situation, ils sont, quoi qu'il en soit, étrangers à toute fonction soignante, révélant un positionnement *hors soins*, et qui plus est loin du respect.

La perte de ce respect d'établissement tel que Pascal l'a décrit dans le *deuxième discours sur la condition des grands*⁶⁵³, déplace le soignant, l'éloigne du soin, l'autre incarnant le soin à apporter et/ou à donner. Le langage inadapté exprime une forme de mépris. « *En tant que soignant, je dois apprendre à clairement reconnaître comme n'étant que sentiment, et parfaitement contingent, le sentiment de mépris (ou de respect) à l'égard du soigné qui m'envahit trop souvent après qu'il s'est présenté à moi, a parlé ou agi d'une certaine façon. En revanche, la réapparition trop fréquente en moi de sentiments de mépris à l'égard d'Autrui m'en dit long sur moi-même et je ne peux totalement les renier, même si je les désapprouve.* »⁶⁵⁴. Avoir ou émettre un quelconque mépris n'est pas neutre sur le soignant lui-même. Pas de possible mouvement envers l'autre, mais bien l'inverse : le repli sur soi. « *Ce mépris traduit le retranchement du moi dans le même et son refus de franchir certaines apparences pour reconnaître et accueillir l'autre. Il naît (cette fois) de la discordance de ses traits les plus immédiatement visibles avec ma propre échelle de valeur et parle de nouveau de moi - ou du on - autant que de lui.* »⁶⁵⁵. La position n'est pas à l'accueil, mais au recul, extériorisé et certifié par un langage de rejet.

De cette expression inadaptée, pourra éventuellement naître, dans un temps plus long, la réflexion secondaire. Une nouvelle fois, le temps s'invite, participe, et devient vecteur entre la perception abrasive et l'analyse. Prendre conscience des paroles prononcées peut mener à l'introspection. « *Conscience de rien à partir de laquelle toute conscience de quelque chose peut s'enrichir, prendre sens et figure. Et surgir toute parole. Car la pensée de la chose comme ce qu'elle est se confond déjà avec l'expérience de la pure parole ; et celle-ci avec l'expérience elle-même.* »⁶⁵⁶. Si les mots peuvent, selon l'expression consacrée, dépasser la pensée, cette dernière peut secondairement les rattraper, sous réserve de la participation active, critique du locuteur. « *Par rapport à l'ordre évident, nécessaire, universel, que la science, et*

⁶⁵³ B. Pascal, *Deuxième discours sur la condition des grands. Grandeurs naturelles, grandeurs d'établissement.*

⁶⁵⁴ A. Froment, *Op. cit.*, p.93.

⁶⁵⁵ *Ibid.*, p.93.

⁶⁵⁶ J. Derrida, *L'écriture et la différence*, Paris, Essais, Points, 2014, p.18.

singulièrement l'algèbre, introduisent dans la représentation, le langage est spontané, irréfléchi ; il est comme naturel. Il est aussi bien, et selon le point de vue sous lequel on l'envisage, une représentation déjà analysée qu'une réflexion à l'état sauvage. A vrai dire, il est le lien concret de la représentation à la réflexion. Il n'est pas tant l'instrument de la communication des hommes entre eux, que le chemin par lequel, nécessairement, la représentation communique avec la réflexion.»⁶⁵⁷. Si le langage est naturel, le laisser à l'état spontané, sauvage, ne serait (peut-être) pas préjudiciable si le domaine en la matière n'était pas celui du soin. Le soignant doit au sujet des soins un langage d'autant plus adapté que la relation dialectique l'expose aux mots de l'autre.

Ces expressions ne sont jamais transcrites *in extenso* dans un dossier, l'écrit les élude, prouvant, si besoin était, leur caractère non recevable, défaillant. Cette existence éphémère de la parole, impossible à écrire, authentifie l'incapacité de l'auteur à assumer ses dires, prouvant leur caractère illégitime. L'écrit reprend une parole audible : « *Femme de 85 ans venue aux Urgences pour...* ». Sur le papier, *la petite vieille* n'existera jamais, malgré une existence langagière explicite. « *C'est le moment où il faut décider si nous graverons ce que nous entendons. Et si graver sauve ou perd la parole.* »⁶⁵⁸. L'écriture formelle permet de capturer, mais aussi de figer l'oralité et donc de servir de trace mémorielle, non seulement au propos, mais au sens, et à la responsabilité du sens. L'écriture vocale ne devrait ni faillir, ni trahir l'écriture formelle. Ce qui s'écrit se dit, ce qui ne s'écrit pas devrait rester indicible, au moins dans le soin ; l'écriture formelle ne pouvant être le corrupteur de l'écriture vocale. Concevoir son élocution comme la traduction de l'écriture formelle est un exercice difficile, mais salvateur, au moins pour le locuteur. En effet, si l'écriture formelle relaie fidèlement la pensée, elle évite que celle-ci ne soit dévoyée par la parole spontanée. Parallèlement, cet effort d'inversion de l'oralité par rapport à l'écrit, à savoir d'ascendant de l'écrit sur l'oral, oblige au respect premier, à celui qui est hors jugement et place l'Homme comme à respecter, de façon indiscutable.

Penser le langage oral comme devant être écrit permet d'agrèger les enjeux du soin, de sortir de l'instantanéité, de la fausse inconséquence représentées par une oralité fugitive. L'écrit éclaire la situation, la met en lumière, conduit au concret de la complexité, tout en s'inscrivant dans la durée. L'écrit reformule l'histoire actuelle telle

⁶⁵⁷ M. Foucault, *Les mots et les choses*, Paris, Gallimard, collection Tel, 2016, p.97.

⁶⁵⁸ J. Derrida, *L'écriture et la différence*, *Op. cit.*, p.19.

une langue *absolue* du fait même de la persistance de l'écrit, de sa fonction de preuve. L'écriture « [...] *prend le risque mortel d'émanciper le sens à l'égard de tout champ de perception actuel, de cet engagement naturel dans lequel tout se réfère à l'affect d'une situation contingente.* »⁶⁵⁹. L'écrit est un argumentaire à lui seul. L'oralité ne peut se passer de l'écrit pour persister alors que l'inverse n'est pas vrai. L'écrit est un anti-temps : formulé au présent, il va de fait devenir passé, mais permettra une analyse *a posteriori*, bien que future, conférant à l'écrit une dimension de permanence. Cet écrit appartiendra à l'histoire du malade d'où l'importance de prendre soin de cette écriture, véritable langage à part entière.

Lorsque l'oralité dérape, elle transgresse la posture de soignant, le rapport à autrui. Ainsi, *l'oralité transgressée* dessert-elle le soignant et la personne, malade. Or, pour revenir à l'autre, il est nécessaire d'avoir une oralité qui lui est adressée, même en son absence, l'écrit étant un moyen d'y parvenir en cas de dépassement de soi-même.

Il arrive que l'oralité soit reportée lorsque les mots se taisent, et que le langage est rompu, non du fait de circonstances conflictuelles, mais par le silence. Ne pas aller voir un malade pour lui dire qu'il n'ira pas en réanimation, ne pas aller voir la famille pour légitimer le choix effectué sont des situations fréquentes au cours desquelles le langage n'a plus cours, alors même qu'il garde sa place et sa fonction. Cette dimension de report peut aussi être appliquée lors de l'utilisation d'acronymes. L'usage en est de plus en plus fréquent alors même que certains d'entre eux sont lourds de sens. Ainsi, dans des cas de potentielle obstination déraisonnable, l'écrit se résume à 3 ou 4 lettres, parfois de façon conclusive, infranchissable. LAT, LATA, NTBR. L.A.T. : Limitation et Arrêt des Thérapeutiques. L.A.T.A. : Limitation et Arrêt des Thérapeutiques Actives. N.T.B.R. : Not To Be Reanimated. Ces acronymes sont des traverses pour ne pas avoir à inscrire formellement une décision pourtant capitale : le fait de ne pas mener des thérapeutiques considérées comme inappropriées, voire délétères au regard de la situation de la personne, malade. Éviter l'acronyme permet une forme d'engagement, d'endosser la responsabilité de la décision. Lutter contre cette oralité reportée, qu'elle soit ou non délibérée, participe à l'amélioration de la rencontre.

⁶⁵⁹ *Ibid.*, p.24.

Outil éthique, par essence et par excellence, le langage ne saurait rester en l'état, et il convient de procéder à une « *r-évolution* » de celui-ci. « *[Or], dans sa fonction d'expression, le langage maintient précisément l'autre à qui il s'adresse, qu'il interpelle ou invoque. Certes, le langage ne consiste pas à l'invoquer comme être représenté et pensé. Mais c'est pourquoi le langage instaure une relation irréductible à la relation sujet-objet : la révélation de l'autre.* »⁶⁶⁰. Le langage accompagne les personnes, malades, les soignants, ponctue la *dialectique soignante*, et doit donc être signifiant et significatif quant à l'inquiétude vis-à-vis de l'autre, attitude éthique motrice du face à face. S'inscrire dans la démarche d'une autre parole que la *coutume langagière* ayant cours permet de s'élever dans la considération de l'autre, de s'inscrire ostensiblement dans le respect. « *La parole est en effet toujours une reprise de ce qui fut simple signe jeté par elle, promesse toujours renouvelée d'éclairer ce qui fut obscur dans la parole... La parole consiste à s'expliquer sur la parole.* »⁶⁶¹. Ainsi, la parole ne devrait-elle pas être ni incomprise ni blessante. Il convient à travers les mots de considérer l'autre d'emblée, et non pas de générer une dichotomie entre la *dame âgée* et la *petite vieille*, qui ne sont que deux entités d'une même personne. Dire la *petite vieille* ne se fait pas impunément, mais induit un jugement négatif, réducteur, car chacun des termes s'avère, en lui-même, réducteur et négatif. Le positionnement de celui ayant prononcé ces mots en aparté, en sourdine de la personne ainsi désignée, ne peut être neutre lors de la mise en présence avec la vieille dame. La réduction liée au langage est d'autant plus aisée, que le sens de la relation incite à cette *liberté* déplacée, écart patent mettant à distance l'autre et venant renforcer la sensation de puissance du soignant. Cette *liberté* n'est pas à entendre comme l'expression du possible, mais plus comme la mise à distance du soignant de sa juste posture traduite par l'écart de langage. Cette tentation est peut-être liée à la catégorisation d'autrui induite par l'acte diagnostique : « *...la relation médicale inclut un acte diagnostique qui est une forme de catégorisation d'autrui, laquelle est presque unanimement acceptée en raison de son efficacité pragmatique, de telle sorte que la tentation est très forte de réduire autrui à cette catégorie.* »⁶⁶². Emmanuel Lévinas dénomme cette propension comme la *thématisation*. « *C'est quoi ?* » permet d'ouvrir la case professionnelle, rassurante, où insérer la personne, malade, donnant la sensation de maîtriser l'inconnu représenté par celle-ci avant même de l'avoir vue.

⁶⁶⁰ E. Lévinas, *Totalité et infini*, *Op. cit.*, p.70.

⁶⁶¹ *Ibid.*, p.99.

⁶⁶² A. Froment, *Op. cit.*, p.78.

Rééduquer son langage, se faire le garant de son énonciation est impératif pour ne pas glisser loin du soin, de son sens. Soigner son langage tel un choix éthique s'impose, et l'urgence ne saurait excuser des mots inappropriés dont la résonance s'avère délétère.

Le langage est une porte donnant accès à la relation, la construisant. « *Le mot fondamental Je-Tu fonde le monde de la relation.* »⁶⁶³. Or pour entrer dans le *Je-Tu*, le langage est simultanément signifiant et significatif. Rester dans le *Je-Cela* ne permet pas d'entrer en contact avec l'autre. « *Lorsque, placé en face d'un homme qui est mon Tu, je lui dis le mot fondamental Je-Tu, il n'est plus une chose entre les choses, il ne se compose pas de choses.* »⁶⁶⁴. Il faut donc passer un cap. Le langage ici décrit se cantonne au *Je-Cela*, et exclut l'irruption de l'autre. « *C'est quoi ?* » est une réification manifeste, et presque indicible, tant elle s'avère révélatrice de la mise à distance du *Tu*. Martin Buber interprète le monde de la relation comme existant dans trois sphères distinctes : celui de la vie avec la Nature, la vie avec les Hommes et la communion avec les essences spirituelles. La sphère de la vie avec les Hommes est le lieu d'expression de la relation par excellence : « *La relation y est manifeste et explicite. Nous pouvons y donner et y recevoir le Tu.* »⁶⁶⁵. Or, la relation médicale que nous avons dénommée *dialectique soignante* s'inscrit fondamentalement dans « *la sphère de la vie avec les hommes* ». Si l'émergence du *Tu* n'est pas établie, alors qu'advient-il du *Je* ? Sans le couple *Je-Tu*, aucun dialogue ne peut exister mais seulement un monologue sans interaction, non-sens du soin. « *Je m'accomplis au contact du Tu, je deviens Je en disant Tu.* »⁶⁶⁶. Si le *Tu* n'est pas prononcé, et que le *Tu* ne peut dire *Je*, il n'existe aucune réciprocité. Sans réciprocité, le *Je* n'est jamais perçu comme un *Tu* par celui qui lui fait face. Le *Je* risque de devenir aux yeux de l'autre un *Cela*, dénaturant totalement la relation, et risquant de la transformer en *Cela-Cela* soit l'absence de tout langage ou tout du moins de quelque intelligibilité entre les personnes en présence. Martin Buber parle même « *d'acte essentiel* »⁶⁶⁷ que d'accéder au *Tu*. Essentiel car fondateur, mais également essentiel car procédant de la même nature l'un et l'autre, deux personnes ensemble. Le langage est la voie qui mène à cette accession. Il ne

⁶⁶³ M. Buber, *Op. cit.*, p.38.

⁶⁶⁴ *Ibid.*, p.41.

⁶⁶⁵ *Ibid.*, p.38.

⁶⁶⁶ *Ibid.*, p.44.

⁶⁶⁷ *Ibid.*, p.44.

s'agit pas du tutoiement mais bien du regard posé sur l'autre, autre qui me ressemble et s'avère donc être un *Tu*. La frontière entre le *Tu* et le *Cela* est la différence entre « ...la présence vivante et l'attention objective. »⁶⁶⁸. Redonner place, espace au *Tu*, permet conséquemment de libérer le *Je*, et d'exercer pleinement la fonction soignante. Car le *Je* et le *Tu* sont vivants, alors que le *Cela* est déshumanisé. Dès cette distinction assimilée, les temps du sujet et de l'objet sont fondamentalement contraires voire contradictoires. Insérer cette contradiction dans le fonctionnement soignant ne serait-elle pas garante de son éviction ?

3.3.3 De la responsabilité soignante aux Urgences

« Le lien avec autrui ne se noue que comme responsabilité, que celle-ci, d'ailleurs, soit acceptée ou refusée, que l'on sache ou non comment l'assumer, que l'on puisse ou non faire quelque chose de concret pour autrui. »

E. Lévinas, *Ethique et infini*, Paris, Le Livre de Poche, Collection biblio essais, 2014, p.93.

3.3.3.1 Définition et nature de la responsabilité soignante

Responsable : du latin « *responsum* », participe passé du verbe « *respondere* » voulant dire « se porter garant, qui doit accepter et subir les conséquences de ses actes, en répondre »⁶⁶⁹. La responsabilité est inféodée à l'acte de soins. Toutefois, la connotation de responsabilité est souvent entendue et perçue comme relevant prioritairement du droit, c'est-à-dire comme le devoir de « réparer les dommages [qu'il a] causés »⁶⁷⁰. La dimension de responsabilité encadre l'acte car elle implique d'une part l'attribution des actes - « se reconnaître comme l'auteur de ses actes » -, et d'autre part leur rétribution - « être prêt à en assumer les conséquences » -. La responsabilité ainsi sous-tendue par l'imputabilité est une charge, voire des charges. L'avant est guidé par l'intention, véritable charge antérieure à l'acte, laquelle comporte le qui, le pourquoi, le quand, le comment, le but de qui est envisagé et dont la finalité est autrui. L'après, ou charge postérieure à l'acte, est concrétisé par les conséquences, c'est-à-dire

⁶⁶⁸ *Ibid.*, p.45.

⁶⁶⁹ Le Robert, *Op. cit.*

⁶⁷⁰ *Ibid.*

l'impact de ce qui a eu lieu, sans dérogation possible ou presque en termes de relation. L'impossible dérogation peut effrayer, mais confère une densité à la rencontre dont la conscience aiguë prolonge cette densité.

Cette charge ou densité s'avère d'autant plus prégnante que l'acte médical est le seul acte, légalement autorisé, pouvant porter atteinte à l'intégrité du corps : « *Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui* »⁶⁷¹. Cette autorisation est permise par les conséquences potentielles de la non intervention, autrement dit, par le risque encouru obligeant, selon les cas, à intervenir de façon nécessaire ou indispensable. Lorsque l'acte est sans faille, la responsabilité s'avère implicite, inapparente. Son caractère explicite se révèle lorsque l'acte n'aboutit pas au résultat attendu : « *Il n'y a responsabilité que si la faillibilité de la technè est pleinement admise et reconnue. Aussi longtemps que le pouvoir médical a été jugé infaillible, la question de la responsabilité ne pouvait pas se poser. La responsabilité suppose d'admettre la possibilité de se tromper, de faire erreur.* »⁶⁷². Avoir conscience et connaissance du risque inhérent à tout acte médical génère en partie la responsabilité, laquelle appesantit l'acte du poids de l'échec potentiel, faute ou erreur, au gré des circonstances. La responsabilité semble être porteuse d'une connotation négative surtout en matière de soins. Ne parle-t-on pas, en cas de succès, de paternité plutôt que de responsabilité à proprement parler ? Or, la responsabilité devrait être analysée positivement telle la capacité à être à même de s'occuper d'autrui.

En novembre 1991, avant le procès de l'affaire du sang contaminé, la déclaration de Madame Georgina Dufoix, à l'époque Ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité, est éloquente. Elle disait se sentir « *tout à fait responsable mais pour autant [je ne me sens] pas coupable* »⁶⁷³. Reprise depuis de nombreuses fois, faisant florès, cette formule est devenue sous sa forme contractée « *responsable mais pas coupable.* ». Madame Georgina Dufoix a été relaxée par la Cour de justice de la République (cour créée par la loi constitutionnelle du 27 juillet 1993, chargée de juger les crimes et délits commis par les membres du gouvernement dans l'exercice de leurs fonctions, via les articles 68-1 à 68-3 de la constitution de 1958). Cette distinction entre

⁶⁷¹ Code Civil - Article 16-3, Code Civil, XVI-III.

⁶⁷² J. Lombard, B. Vandewalle, *Op. cit.*, p.76.

⁶⁷³ Propos de Madame Georgina Dufoix tenus le 4 novembre 1991 sur la chaîne de télévision TF1.

responsabilité et culpabilité est évidemment primordiale à connaître, mais reste difficile à intégrer en pratique. Cette dimension juridique de responsabilité, et donc de culpabilité latente, telle une antienne, est relayée par les médias, brandie par certaines personnes, malades, comme une menace potentielle, et même anticipée par les membres d'une équipe lors de difficultés relationnelles. *A contrario*, ne pas intégrer la dimension juridique serait une erreur d'analyse.

Une dame est amenée par les pompiers aux Urgences pour intoxication alcoolique aiguë. Cette orientation est secondaire à l'avis du SAMU appelé au domicile. A son arrivée dans le service, la dame est en arrêt cardio-respiratoire. La réanimation instaurée permet de récupérer une activité cardiaque, la malade ayant été intubée et ventilée. Une fois la dame en réanimation, l'urgentiste prévient le régulateur du SAMU de ce qui s'est passé.

- *Bonjour, je t'appelle pour Madame X...que vous avez vue à son domicile et que vous avez confiée aux pompiers.*
- *Je t'écoute...*
- *En fait, elle s'est dégradée lors du transport, et elle était en arrêt à son arrivée dans le service...*
- *Mais alors on va croire qu'on est responsables...*
- *Pas du tout, je t'appelais juste pour t'informer... Elle est montée en réanimation...*
- *Pourtant on n'y est pour rien...*

La préoccupation apparente ou tout du moins exprimée du régulateur est d'emblée la responsabilité potentielle et non le devenir de la dame.

La responsabilité serait (devenue) une ombre, un poids à appréhender parfois avant même d'avoir débuté les soins. Or, la responsabilité est un mélange compliqué fait :

- d'ascendant, ne serait-ce que partiel, pris sur autrui, lorsque la personne, malade, également sujet par essence responsable, n'est pas à même de participer à la décision ou de la valider ;
- de libre arbitre, celui de la décision, du choix effectué ;

- de risque(s), secondaire(s) au choix de l'acte thérapeutique et des conséquences potentielles ; les conséquences étant subordonnées au constat initial et/ou à une éventuelle analyse postérieure à l'acte.

Ces éléments sont à la fois le garant de l'attribution de la responsabilité via l'ascendant et le libre arbitre, et de la rétribution médiée par le(s) risque(s). Ces dimensions - l'ascendant, le libre arbitre, le(s) risque(s) - se confrontent, et se conjuguent, pour générer une responsabilité unique, bien que composite, rendant le soignant responsable à part entière, en tant qu'Homme d'un autre Homme. De fait, la véritable responsabilité dépasse largement la dimension juridique, semblant pourtant aujourd'hui dominante.

De façon positive, la responsabilité serait, pour Simone Weil, un besoin vital à l'âme humaine : « *L'initiative et la responsabilité, le sentiment d'être utile et même indispensable, sont des besoins vitaux de l'âme humaine.* »⁶⁷⁴. Les besoins vitaux de l'âme humaine seraient (au moins) au nombre de trois à savoir *l'initiative*, la *responsabilité*, le *sentiment d'être utile et même indispensable*, et suffiraient pour nourrir cette âme. L'importance de ces besoins, déclinés au sens générique, est apportée, tel un point d'orgue, par leur dimension vitale, sans laquelle cette même âme serait perdue. Les termes d'initiative et de responsabilité, ainsi juxtaposés en binôme, s'affichent comme unis mais pourtant distincts. Car Simone Weil choisit de ne pas mettre en relief de lien causal entre les deux, de l'un à l'autre : l'initiative et la responsabilité, et non pas la responsabilité de l'initiative, ou inversement. Enfin, semble transparaître, en filigrane, la dimension active de la responsabilité, car apposée à l'initiative qui ne saurait être, par définition, passive. Insister sur la responsabilité de façon indépendante (par rapport à l'initiative ou à toute autre action) lui confère une dimension d'acte en elle-même et à elle seule. Ainsi, la responsabilité ne serait-elle pas uniquement secondaire à une autre étape, mais pourrait et devrait être envisagée telle une possibilité autonome, vitale car permettant de se sentir existant. Dans cette assertion, l'initiative est citée avant la responsabilité, en premier, peut être afin de ne pas nuire à la prise de décision, à la liberté de choix. « *Une nourriture indispensable à l'âme humaine est la liberté. La liberté, au sens concret du mot, consiste dans une possibilité de choix.* »⁶⁷⁵. Ainsi, l'âme humaine doit-elle nourrir ses besoins vitaux, la

⁶⁷⁴ S. Weil, *Le ravissement de la raison*, Editions du Seuil, Points, Paris, 2009, p. 74.

⁶⁷⁵ *Ibid.*, p. 72.

liberté venant irriguer *l'initiative et la responsabilité, le sentiment d'être utile et même indispensable.*

Tant l'initiative que la responsabilité font partie de l'attitude soignante, de son quotidien. S'occuper d'autrui implique de prendre des initiatives, mais aussi de *prendre ses responsabilités*, d'autant plus impérieuses qu'elles sont dévolues à un être en demande de soins, cet état venant renforcer la force de la responsabilité au sens noble et positif, celui de *répondre de*. Selon Homère, le médecin, littéralement celui qui soigne, est celui « *qui rend service à tous* »⁶⁷⁶. Rendre service induit une redevabilité à laquelle est assignée une dimension causale et donc une indéfectible part de responsabilité.

3.3.3.2 Types et niveaux de responsabilités

En matière de soins, la responsabilité équivaut à un principe, c'est-à-dire, selon la définition, à une *cause agissante*⁶⁷⁷ ; l'étymologie du mot principe signifiant le commencement. La responsabilité implique, engage pleinement, sans délai. La responsabilité, cette *cause agissante*, n'est pas sans faire écho à *l'amour agissant* désigné par Fiodor Dostoïevski⁶⁷⁸, preuve de *dévouement tangible*.

L'acuité de l'urgence et la fonction de soignant peuvent donner une impression hypertrophiée de la responsabilité professionnelle. En effet, certaines situations convoquent une dimension technique telle, qu'elle prend le pas sur le relationnel, l'état d'alerte du soignant étant alors maximale pour être en mesure de décider, de mener à bien les soins indispensables, au moment opportun (*kairos*)⁶⁷⁹. « *L'essentiel [ici] est que l'introduction d'une dimension globale dans l'espace et dans le temps au sein de nos décisions pratiques quotidiennes est une nouveauté éthique, que la technique nous a imposée ; et la catégorie éthique appelée en premier lieu par ce nouveau fait est la responsabilité.* »⁶⁸⁰. Cette responsabilité fonctionnelle - car liée à la fonction de soignant

⁶⁷⁶ Homère, *Odyssée*, XVII, 383-385.

⁶⁷⁷ Le Robert, *Op. cit.*

⁶⁷⁸ Cf. Partie 3.2.2 : *Le mouvement premier ou l'inquiétude*

⁶⁷⁹ Cf. Partie 4.1.1.2.2 : *Kairos ou le temps compté*

⁶⁸⁰ H. Jonas, *Op. cit.*, p.26.

- peut sembler si prépondérante, pour ne pas dire exclusive, qu'elle minore d'autre(s) responsabilité(s).

Or, l'engagement premier est d'ordre ontologique indépendamment du type de soins requis. Cette responsabilité, ou plutôt cette responsabilisation par soi-même d'un Autre, existe dès la mise en présence du fait de la re-connaissance et de la (prise de) conscience d'autrui. « *Le lien avec autrui ne se noue que comme responsabilité, que celle-ci, d'ailleurs, soit acceptée ou refusée, que l'on sache ou non comment l'assumer, que l'on puisse ou non faire quelque chose de concret pour autrui.* »⁶⁸¹. Envisager le soin sans responsabilité exclut toute dimension relationnelle en matière de soins. Le verbe nouer un lien, et non créer ou construire, insiste sur la force de ce lien, son caractère obligatoire, notamment, en contexte de soins, voire son caractère indéfectible ; sa durée n'étant pas, via ce verbe, perçue comme éphémère, fut-il temporaire. Cette conscience de l'autre implique, engage, et permet à la fois d'accéder à la subjectivité et d'envisager (plutôt que de dévisager) la relation. Ainsi, Emmanuel Lévinas considère-t-il la responsabilité comme « [...] *la structure essentielle, première, fondamentale de la subjectivité.* »⁶⁸². Liée au mouvement spontané vers l'autre, la responsabilité personnelle, ontologique, découle du partage de la condition humaine. Dénuée de raison, la responsabilité ontologique, apparemment et factuellement, plus précoce que la responsabilité professionnelle, pourrait être qualifiée d'instinctive liée à la semblable humanité. Dès lors, la responsabilité personnelle s'avère caractérisée par sa primauté et sa supériorité quant à la responsabilité professionnelle fonctionnelle.

« *L'humanité, c'est de savoir se mettre à la place de l'autre, processus qui dans une certaine mesure au moins relève de l'identification et donc de la capacité de sentir, de se tenir éloigné de l'indifférence cynique envers le matériel humain, auquel peut conduire la raison seule. L'équilibre à trouver entre sentir et raisonner est affaire de jugement et surtout de tact : soigner forme bien, avec éduquer et gouverner, les trois « métiers impossibles », disait Freud en ce sens.* »⁶⁸³. Le soin juste réside dans l'équilibre, souvent périlleux, entre la part professionnelle et personnelle, entre une humanité mise à distance et un professionnalisme hypertrophié, dans l'art de trouver le chemin d'un-possible, face à une situation parfois impossible. Ainsi, la responsabilité

⁶⁸¹ E. Lévinas, *Ethique et infini*, Op. cit., p.93.

⁶⁸² *Ibid.*, p.91.

⁶⁸³ J. Lombard, B. Vandewalle, Op. cit., p.64-65.

professionnelle vient-elle s'associer à la responsabilité personnelle pour la pondérer, et éviter de se laisser envahir par une proportion d'identification, dont les effets seraient néfastes. L'association en sens inverse (la responsabilité personnelle venant pondérer la responsabilité professionnelle) serait antinomique de la part ontologique, mais aussi de l'épicentre des soins, l'autre.

La nature des responsabilités diffère. La responsabilité professionnelle, connue dès l'entrée dans la profession, relève du pouvoir, de la capacité à mener une réflexion raisonnée issue des décisions et des risques secondaires à ces mêmes décisions. Cette responsabilité, sujet d'enseignement facultaire, est de fait encadrée par des textes (textes de lois, recommandations, référentiels, littérature médicale...) accessibles non seulement à tout soignant mais également à quiconque. Sa référence est le devoir conforme aux textes légaux, aux règles de bonnes pratiques dûment apprises, intégrées. La sanction peut être d'ordre juridique, civil ou pénal couverte par le droit commun, et d'ordre ordinal encadrée par le code de déontologie. Le droit vérifie si les actes prodigués sont conformes à la loi en vigueur. La déontologie décline les devoirs professionnels à remplir. Cependant, l'impératif du soin s'avère plus vaste que les seuls domaines juridique et déontologique, raison pour laquelle la responsabilité personnelle est, à la fois, supérieure et antérieure à la responsabilité professionnelle. Ainsi, en cas de plainte, la responsabilité peut être démultipliée car triple : humaine, juridique, et ordinale. Mais elle peut aussi être divisée, sans pour autant être moins lourde à assumer : être responsable uniquement sur le plan ontologique n'est pas plus facile à surmonter loin s'en faut. « *C'est [alors] une responsabilité morale qui est engagée, relativement à la conscience individuelle, mais aussi bien une responsabilité juridique, relativement à la loi, ou bien encore une responsabilité professionnelle, relativement à la déontologie.* »⁶⁸⁴.

Répondre face à une instance, quelle qu'elle soit, n'est pas de même niveau que de répondre pour autrui, à autrui et parfois d'autrui. La responsabilité personnelle est celle de l'engagement, de l'intention envers autrui, mais aussi, de façon élargie, à ses proches, famille ou entourage, le cas échéant. Les composantes de la responsabilité personnelle ne sont que partiellement prévisibles puisque l'autre n'est pas connu d'avance. Si certains enseignements l'abordent, ils ne sont que rudiment tant la

⁶⁸⁴ J. Lombard, B. Vandewalle, *Op. cit.*, p.76.

dialectique soignante peut s'avérer forte, voire déstabilisante, exacerbée par la temporalité de l'urgence. Parallèlement, la responsabilité personnelle relève du devoir de nature éthique, et se réfère aux capacités personnelles du soignant.

La responsabilité personnelle interpelle notre propre humanité, notre capacité à faire face à autrui, et ce, indépendamment de toute mise en cause professionnelle. La responsabilité personnelle s'avère indubitablement plus large : avoir la responsabilité d'autrui engage pleinement, de façon permanente parfois même au-delà de la relation présente. La conscience de l'altérité, mais plus encore de l'individualité humaine, de sa singularité, prend le pas sur le risque professionnel. « *[Néanmoins,] la réalité du soin a, malgré l'efficacité sur le corps qui est attendue et le perfectionnement des techniques, quelque chose d'immatériel. En tant qu'acte qui contribue à rétablir un bien être, voire à redonner la vie, il est bien autre chose qu'une simple intervention physique ou un effet naturel sur les choses : il est une réponse humaine à une fragilité ou à une faiblesse elles-mêmes humaines, l'une et l'autre étant vécues comme telles.* »⁶⁸⁵. La réalité du soin permet *concrètement* de distinguer la quotité professionnelle, de la dimension personnelle entre les deux responsabilités. La responsabilité professionnelle si elle perdure sur le plan disciplinaire recouvre les éléments factuels des soins, sa proportion pouvant être qualifiée de quotité. La *dialectique soignante* revêt un aspect plus ténu que l'aspect professionnel, sans doute moins lisible, y compris à distance de la mise en présence, et parler de dimension n'est pas usurper cette possible rémanence.

L'exercice de LA responsabilité, composite entre responsabilités personnelle et professionnelle, s'inscrit foncièrement comme un acte éthique à part entière, à savoir un « *acte libre et réfléchi accompli en connaissance de cause ou acte qui relève de l'exercice d'une responsabilité individuelle à partir d'une appréciation juste des situations singulières* »⁶⁸⁶. Cette responsabilité individuelle ne saurait/pourrait être démêlée, disséquée entre valences professionnelle et personnelle, car l'*appréciation juste des situations singulières* résulte à la fois de l'expertise professionnelle et de l'évaluation, la sensibilité personnelle. La sensibilité est ici conçue comme « *la véritable puissance motrice* »⁶⁸⁷ de l'intelligence. Le fait de décider/choisir les actes

⁶⁸⁵ *Ibid.*, p.67.

⁶⁸⁶ J. Lombard, B. Vandewalle, *Op. cit.*, p.37.

⁶⁸⁷ P. Valéry, *Le bilan de l'intelligence*, Allia, Paris, 2011, p.25.

(investigations complémentaires, prescriptions thérapeutiques, ou tout autre acte indépendamment de sa nature) destinés à soigner rend pleinement responsable, professionnellement, mais aussi personnellement, soit face à la personne, malade, mais aussi face à soi-même. « *En effet, l'éthique engage la question du choix, en nous confrontant à la nécessité de choisir par nous-mêmes et d'assumer les raisons de notre choix. Ainsi, la responsabilité n'a de sens que pour un être doté de liberté et de la capacité de vouloir, et dont on suppose qu'il peut et doit agir de manière avisée, prudente et raisonnable.* »⁶⁸⁸. La responsabilité, tant professionnelle que personnelle, est intimement liée aux choix, et donc à la liberté et à la volonté propres les ayant guidé.

La responsabilité devrait donc être identifiée comme un élément précieux et valorisant, traduisant la capacité de choisir, et non comme l'ombre de la sanction potentielle. Au demeurant, concevoir sa responsabilité uniquement comme une pratique d'obéissance à ces carcans normatifs que sont le droit, le code de déontologie, certes sources d'amélioration des soins, met à distance la personne et la responsabilité ontologique. Il faut trouver le juste milieu, le chemin des actions dans l'intérêt de la personne, chemin guidé par l'autre et bordé des obligations/responsabilités connexes. Or, ces responsabilités - personnelle, professionnelle - n'appartiennent pas au même temps, alors qu'elles se jouent dans le même espace, en même temps.

La genèse de la responsabilité est liée au présent puisqu'elle émerge lors de la mise en présence avec autrui. Mais cette responsabilité, tant personnelle que professionnelle, perdure au-delà. La responsabilité personnelle, immédiate, instantanée peut avoir des résurgences dans le futur, en cas de nouvelle rencontre avec la même personne, ou de souvenir de la rencontre, tel un effet de conscience. La responsabilité professionnelle est patente, palpable, dans le présent, mais s'étire au-delà des soins, du fait de leur imputabilité juridique, ordinaire longue, tel un risque omniprésent. En effet, l'évolution clinique peut remettre en cause les choix effectués, diagnostiques et/ou thérapeutiques, obligeant à une nouvelle lecture des décisions prises antérieurement. Cette longévité de la responsabilité professionnelle est d'autant plus redoutable, que la trace mémorielle pourra avoir disparu. Ainsi les deux temporalités des responsabilités personnelle et professionnelle sont-elles à la fois conjointes et disjointes. Au présent la responsabilité professionnelle peut sembler,

⁶⁸⁸ J. Lombard, B. Vandewalle, *Op. cit.*, p.75.

selon l'acuité de la situation, supérieure à la responsabilité personnelle. Mais dans le futur, la responsabilité professionnelle a un terme d'imputabilité, ce que la responsabilité personnelle n'a pas.

Enfin, la responsabilité désigne simultanément la responsabilité individuelle, singulière, de chaque personne, malade, et la responsabilité collective, plurielle, de toutes les personnes, malades, présentes, voire, le cas échéant, de (certains) membres de l'équipe. L'image est donc celle d'Antoine de Saint Exupéry dans son ouvrage *Pilote de guerre* : « *Chacun est responsable de tous. Chacun est seul responsable. Chacun est seul responsable de tous.* »⁶⁸⁹. Car la dimension de solitude, malgré la densité du flux, n'est pas étrangère à la responsabilité dans un service d'urgences. Et cette responsabilité se décline, se conjugue entre plusieurs polarités : individu et ensemble, exercice et ontologie. Dans *La peste*, le Docteur Rieux, bien qu'impuissant devant l'épidémie qui dévaste Oran, reste. La date de publication de ce roman (1947), la trame de l'intrigue, font référence aux heures sombres vécues au cours de la seconde guerre mondiale. Indépendamment de cette lecture historique, la figure du Docteur Rieux est une figure emblématique. Médecin, il ne quitte pas la ville, et malgré l'absence de possibilités thérapeutiques, « *il rend service à tous* »⁶⁹⁰. C'est dans ce dénuement, en l'occurrence thérapeutique, que se caractérise la responsabilité, mêlant toutes les responsabilités, à la fois collective et individuelle, professionnelle et ontologique. En effet, malgré l'impossibilité de traiter l'épidémie, être aux côtés de la population, de ceux qu'il sera amené à soigner, est un élément responsable majeur, ce d'autant qu'il s'expose lui-même à une pathologie éminemment contagieuse et de surcroît létale.

3.3.3.3 Responsabilité transitive

La posture décisionnelle de l'urgentiste est délicate, car elle dépend de l'assentiment d'autres que lui. Décider d'admettre un malade est un fait, mais obtenir l'approbation de l'interlocuteur dédié est, parfois, soumis à contradiction de la part de ce dernier. Le refus peut être lié à un manque de place, sans remise en cause du bienfondé de la demande ou, au contraire, être dû à un désaccord quant à l'analyse

⁶⁸⁹ A. de Saint Exupéry, *Pilote de Guerre*, Association Les Bourlapapey, janvier 2015, p.144.

⁶⁹⁰ Homère, *Odyssée*, XVII, 383-385.

singulière de la situation. Lors du manque de place, ce refus est factuel, incontournable. Lors d'un désaccord quant à la situation, le refus d'admission n'est pas acté d'un commun accord, mais fréquemment imposé à l'urgentiste. L'interlocuteur est responsable du choix de ne pas admettre le malade, mais le seul à qui échoit la responsabilité effective du malade est l'urgentiste. Ainsi, alors que l'urgentiste n'est pas l'auteur de la décision, il s'avère être paradoxalement engagé et responsable des conséquences d'une décision qui ne lui incombe pourtant pas. L'urgentiste devient malgré lui l'acteur implicite d'un choix, dont il n'est pas l'auteur. Cette discordance génère de fait une tension, mais également une ambiguïté majeure : l'urgentiste devient responsable du choix d'un autre, contraire au sien, et pouvant être perçu comme un contre-acte pour l'urgentiste.

Une dame de 99 ans, parfaitement autonome pour les courses, la cuisine, le ménage est amenée aux Urgences par les pompiers pour malaise sur la voie publique. Elle présente un trouble du rythme nécessitant la pose d'un pacemaker. Le cardiologue de garde est appelé. Il dispose de deux places en soins intensifs mais récuse la dame sur le seul critère d'âge. L'urgentiste de garde insiste sur le bon état général de la vieille dame...en vain. Sollicité dans un second temps, le réanimateur refuse d'admettre la dame sur le critère d'âge, mais aussi du fait du refus du cardiologue. Surveillée et traitée médicalement aux Urgences, la dame âgée présente le lendemain matin une nette dégradation de son état, avec des critères objectifs de gravité : ralentissement idéatoire, altération de la fonction rénale. L'urgentiste faisant la visite au service d'hospitalisation des urgences sollicite le responsable de l'unité de soins intensifs de cardiologie qui accepte la vieille dame sans aucune opposition. Le pace maker est posé et la dame ressort 48 heures plus tard à son domicile.

Indépendamment de la disponibilité de lit, l'orientation de la dame dépend de la décision de l'interlocuteur, en l'occurrence le cardiologue. Cet exemple met en lumière la distinction des modes de fonctionnement liés à la position de chacun. L'urgentiste ne peut refuser de s'occuper d'un malade. A l'inverse, le cardiologue n'est pas contraint de prendre en charge la personne, même si sa pathologie dépend directement de sa compétence. Contourner le refus revient à solliciter un autre interlocuteur parfois in situ ou dans une autre structure, lequel pourra se retrancher derrière le refus initial de son

confrère. Le recours ultime serait l'arbitrage par l'administration, non compétente en la matière.

L'urgentiste ne dispose quant à lui d'aucune échappatoire, et n'a pour seule possibilité que de s'occuper de la personne, malade. Sa responsabilité se trouve accrue du fait de ses compétences, des moyens potentiellement limités et des conditions non optimales pour la prise en charge de la pathologie à un stade ultérieur. En effet, si ses compétences, sous réserve d'en avoir les moyens techniques, lui permettent de mener à bien les premiers temps de la réanimation, l'urgentiste n'est pas à même de poursuivre celle-ci au-delà d'un certain cap. Cette notion de limite de la prise en charge dans le temps est rappelée dans le référentiel métier-compétences de médecine d'urgences publié en 2011. « *Cette prise en charge [la prise en charge des urgences] est par essence de courte durée. En effet, la mission de l'urgentiste est de trier les urgences en fonction de la gravité, de les traiter et de les orienter vers la structure médicale la plus adéquate. Elle constitue donc l'étape initiale du parcours de soins des patients concernés qui débute, suivant les circonstances, dès la phase pré hospitalière ou dès la présentation à l'hôpital.[...] Si la durée de prise en charge des patients par l'équipe de médecine d'urgence ne peut être fixée avec précision, car elle dépend des circonstances locales et de la gravité de l'état des patients, elle est toujours limitée dans le temps. Ainsi, pour des urgences vitales, la prise en charge ne doit pas excéder quelques heures et s'efforcer de placer le patient, dès que possible, dans une structure adaptée en privilégiant chaque fois que possible, les filières de soins existantes dès l'appel au 15. Pour les urgences non vitales avec indication d'hospitalisation, chaque fois que possible, la prise en charge aux Urgences ne doit pas excéder les 24 premières heures.* »⁶⁹¹. Les caractéristiques essentielles sont ici énoncées : se trouver à l'origine de la prise en charge sans dépasser ses propres limites d'exercice, s'inscrire dans un temps court afin d'éviter l'insécurité individuelle et collective. Car l'urgentiste se trouve au centre d'une conjonction incessante de prises en charge de personnes, malades, à des stades différents, avec des niveaux de gravité variable. Chaque personne doit pouvoir bénéficier de toutes les étapes nécessaires à sa situation : trier, traiter, orienter. Ces étapes sont résumées différemment par la terminologie suivante : *qualifier* - la demande -, *agir* - pour préserver la vie et /ou la fonction en appliquant les

⁶⁹¹ Nemitz B., Carli P. et al. Référentiel métier-compétences pour la spécialité de médecine d'urgence, Ann. Fr. Méd. Urg, March 2012, Volume 2, Issue 2, p.125-138.

thérapeutiques adaptées - et *orienter* – la personne au bon moment dans la filière de soins adaptée à son état -⁶⁹².

Or, le service des urgences est le seul service hospitalier à être caractérisé par l'arrivée continue et non régulée des malades. La responsabilité est décuplée par la contradiction entre l'obligation de prise en charge et le manque de moyens. « *Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.* »⁶⁹³. Cette formulation de l'obligation de moyens est issu de l'arrêt Mercier datant de 1936 qui stipulait que le médecin, le Dr Nicolas, devait donner des « *soins assidus, éclairés et prudents* »⁶⁹⁴ à sa patiente, Madame Mercier.

Lorsque l'interlocuteur refuse de prendre en charge un malade, l'urgentiste se voit dans l'obligation de poursuivre les soins. Si le refus n'incombe pas à l'urgentiste, il lui échoit et il endosse, de fait, une responsabilité supplémentaire, pouvant être qualifiée de transitive, sans pour autant avoir les compétences requises. Le plus souvent, l'interlocuteur ne sera pas venu voir le malade, et n'aura donné aucune consigne pour poursuivre les soins. Les conséquences de ce refus resteront le plus souvent dans l'impunité, dédouanant ainsi l'auteur des conséquences de sa décision et de sa/ses responsabilité(s) : « *Voilà ce qu'il y a de terrible dans nos fautes, leurs conséquences lointaines et ignorées* »⁶⁹⁵. Dans cette citation, si le terme de faute peut paraître inapproprié au contexte médical, il en n'en demeure pas moins que le retour d'expérience, substrat didactique précieux, n'est pas suffisamment fréquent. Cela pourra(it) s'apparenter à de l'impunité décisionnelle, dont la seule antidote serait, pour tout malade récusé par un praticien, d'en avoir un retour au mieux de façon volontaire, sinon de façon imposée, obligatoire et systématique. Un retour d'informations - le pluriel est ici requis - aurait peut-être une influence sur les décisions futures et dessinerait une expérience (encore) plus pertinente que celle acquise, quotidiennement, au fil de l'eau. Dès lors, chacun - spécialiste d'organe et urgentiste - pourrait mettre en perspective la

⁶⁹² Braun F., Pateron D., Giroud M., Note de synthèse, surcharge des structures des urgences et gestions des hospitalisations, Samu-Urgences de France, septembre 2013.

⁶⁹³ Code de Déontologie Médicale, Conseil National de l'Ordre Des Médecins, Novembre 2012. Article 4127-32 du Code de Santé Publique.

⁶⁹⁴ Cour de cassation, Civ., 20 mai 1936, Mercier.

⁶⁹⁵ P. Bourget, *Nos actes nous suivent*, Paris, Plon, 1927, p.240.

non admission du malade et son devenir, que ces deux éléments soient directement liés ou non, et en tirer un enseignement expérientiel, sous réserve de mener une analyse rétrospective. Le principe des études dites rétrospectives est basé sur l'intérêt de déduire quelque chose de ce qui s'est déjà produit. Cet enseignement viendrait enrichir l'expérience, et pourrait être dès lors convoqué *a priori* le cas échéant. « *La plupart des dommages infligés par un médecin moderne [...] se produisent du fait de la pratique quotidienne d'hommes formés, ayant appris à agir dans le cadre des jugements et des techniques généralement admis par la profession et s'étant entraînés à réprimer la conscience des dommages qu'ils causent.* »⁶⁹⁶. Si Ivan Illich parle de répression de la conscience, l'ignorance du devenir des malades et, donc, des conséquences même des actes initiés ou non entrepris est capitale. Ne pas connaître la suite ne permet pas d'avoir une quelconque conscience du lien de causalité entre la décision et l'issue de celle-ci. « *Je comprends le sens de l'humilité. Elle n'est pas dénigrement de soi. Elle est le principe même de l'action. Si dans l'intention de m'absoudre, j'excuse mes malheurs par la fatalité, je me soumetts à la fatalité. Si je les excuse par la trahison, je me soumetts à la trahison. Mais si je prends la faute en charge, je revendique mon pouvoir d'homme. Je puis agir sur ce dont je suis. Je suis part constituante de la communauté des hommes.* »⁶⁹⁷. Apprendre de ses décisions de refus, du non-acte technique, est une source conséquente d'apprentissage et de responsabilisation au sens actif vrai.

⁶⁹⁶ I. Illich, *Némésis médicale*, Paris, Seuil, 1975, p.42.

⁶⁹⁷ A. de Saint Exupéry, *Op. cit.*, p.145.

Si l'organisation théorique est conçue pour prodiguer les soins les plus adaptés possibles, dans des conditions aussi acceptables que souhaitées, la pratique n'y ressemble pas toujours. La sensation prédominante n'est pas celle de l'unité, plutôt celle de la désunion (du temps, de l'espace, de l'action), voire de l'entrave. Tandis que le soignant s'affaire, tentant de faire au mieux, la personne est exposée, sa singularité délayée, au sein d'un flux incessant. A force de (toujours) courir, on ne fait que parcourir ce qui pourrait être pourtant mieux maîtrisé.

Aussi, comment ne pas avoir l'impression d'être déporté de l'épicentre du soin, l'autre, le sentiment d'être empêché dans la réalisation concrète de l'éthique ? Si ce tourbillon permanent obère la qualité relationnelle, la responsabilité de l'autre reste absolue.

Comment parvenir à ne pas se perdre en chemin, à (re)trouver du sens, une direction stable, solide ? Comment éviter toute ligne de fuite ? L'issue semble de s'astreindre à avoir pour priorité une éthique décidée, par soi-même dessinée.

4 TRACER UN SILLON : L'UTILE OU L'ETHIQUE DEVOILEE

« [...] essayer méticuleusement de retenir quelque chose : arracher quelques bribes précises au vide qui se creuse, laisser quelque part, un sillon, une trace, une marque ou quelques signes. »

G. Perec, *Espèce d'espaces*, Paris, Galilée, 2000, p.180.

4.1 Du constat au sursaut éthique

Se confronter à « l'urgence », en permanence, avancer, virevolter, courir...partout...courir, telles des « souris de grenier »⁶⁹⁸... Se griser de ce temps galopant, filant, fuyant, bousculant les frontières entre jour(s) et nuit(s)... Ne pas toujours réussir à discerner l'urgent, réellement urgent, de ce qui ne l'est pas ou plus, tant ce rythme effréné procure la sensation d'exister professionnellement, d'avoir un rôle à jouer ne serait-ce que l'espace d'un instant. Griserie de ce véritable mode de vie, si ambivalent, pouvant à la fois générer une « source de jouissance personnelle »⁶⁹⁹, et masquer « [...] une lutte contre une anxiété intérieure et un besoin de réassurance. »⁷⁰⁰. Jusqu'au moment où, au sein de ce tourbillon, le « système » se grippe, coince, ne permettant plus d'exercer sereinement son métier. Grain de sable dans un rouage ou véritable obstacle, la fluidité devient aléatoire, voire caduque, connaît des soubresauts. L'adrénaline positive n'est plus issue de cette *jouissance personnelle*, mais induite par l'incertitude prégnante et, de fait négative, du bon déroulement des soins. Les malades stagnent et, parfois, restent plus longtemps que *prévu*. A partir de ce moment-là, seuls semblent émerger les dysfonctionnements, synonymes de rupture(s) de rythme, de *decrecendo*, voire d'arrêt de la *marche en avant*⁷⁰¹ qui peut, dès lors, se muter en dé-marche allant parfois jusqu'à la pause...à l'arrêt. L'objectif commun des soignants se déporte alors, se décentre, comme attiré par ces obstacles. La *pré-occupation* n'est plus seulement à l'avancée diagnostique, thérapeutique, mais à la résolution, ou selon, au contournement du ou des

⁶⁹⁸ P. Lemaitre, *Au revoir là-haut*, Paris, Le livre de poche, 2015, p.74.

⁶⁹⁹ N. Aubert, *Op. cit.*, p.113.

⁷⁰⁰ *Ibid.*, p.107.

⁷⁰¹ S.F.M.U., *Recommandations, Architecture des services d'urgence*, 2005, p.15.

dysfonctionnements de nature et de fréquence variables. Que l'origine soit organisationnelle, structurelle, ou humaine, qu'elles apparaissent exceptionnellement, épisodiquement ou régulièrement, ces difficultés ne sont pas ni sans conséquences, ni sans séquelles tant pour les personnes, malades, que pour les équipes.

« Pluies verglaçantes en région parisienne » avait annoncé Météo France. Et voici les premiers camions de pompiers et les premiers blessés qui arrivent quelques heures à peine après le début des intempéries. Une vieille dame qui a glissé sur la chaussée avec probable fracture du poignet...un jeune homme dont la cascade involontaire est à l'origine d'une impotence fonctionnelle de la cheville avec déformation nette, faisant craindre une « bi-malléolaire »...et puis une entorse ou une nouvelle fracture...et encore une autre...et des premiers secours qui affluent de plus en plus avec, à chaque fois, des traumatisés en tout genre. Le service se charge, puis se remplit et finalement « coagule ». Impossible d'installer de nouveaux malades, tous les brancards sont occupés, les chaises roulantes manquent, le personnel trime, s'échine, tente de trouver des solutions. Plus aucun box disponible, accessible, pour examiner les gens...alors, à la hâte, le service porte est transformé en zone de soins dans les chambres vacantes. Les pas ne se comptent plus, les mines se font plus hermétiques, les phrases plus courtes...Et, d'un seul coup, l'interne d'orthopédie déclare forfait, appelle son chef qui descend voir ce qui se passe. Ce dernier n'en croit pas ses yeux, dit que ce n'est plus possible, qu'il faut « arrêter ». Mais arrêter quoi ? La pluie qui continue de tomber, et transforme les chaussées en patinoire ? La noria de camions appelés pour ramasser les blessés ? La mission de soins prime, vaille que vaille, par tous les temps. La direction est prévenue mais ne peut rien. Le nombre de malades est exorbitant, et le bruit circule que le « record » va être battu aujourd'hui. Et de fait, il l'est : 275 malades sur 24 heures au lieu de 135 en moyenne, autant dire le double. Les équipes sont comme anéanties. Après la cohue, le service ressemble à un champ de bataille, où flotte le désordre mêlé d'abatement.

Les perturbations de rythme, certes dysfonctionnelles, sont acceptables lorsqu'elles sont inhabituelles, participant même à la sensation frénétique d'avoir vécu *quelque chose* de fort. Au fil du temps, chaque épisode sera assimilé à un souvenir, parfois valorisant, mâtiné de nostalgie et/ou de souffrance perceptible. Si ce *crescendo* de flux s'avère quotidien, si le *decrescendo* de fluidité se répète souvent, si les dysfonctionnements prennent le dessus, alors le système patine, s'englue devenant

non maîtrisable comme une machine qui dérape et dont les dératés sont difficiles à supporter.

« Il faut appeler l'administration, ça peut pas continuer comme ça, y'en a partout. Ça fait 15 jours que ça dure, et « personne » ne fait rien. Mais « ils » se rendent compte de ce qui se passe ici ? On peut pas les laisser là à attendre sur des brancards sans savoir combien de temps ça va prendre. C'est inhumain !» dit une infirmière de bon matin en pleine épidémie de grippe, comme chaque hiver ou presque, depuis plusieurs années. Les personnes âgées ont d'abord afflué au compte-gouttes, puis de façon plus importante, puis sans discontinuer, en un flot semblant ne jamais finir. Tous les jours, dans les couloirs, des brancards de gens hospitalisés, et tous les jours, des cadences infernales, avec la certitude de mal faire, en tout cas de ne pas faire au mieux. Et la peur omniprésente, ou presque, de passer à côté de quelque chose, de confondre l'épidémie saisonnière avec un autre diagnostic, ou de banaliser cette fièvre nue...bref la peur envahissante de se tromper... « C'est devenu de l'abattage.» dit le docteur qui sort de garde, le visage défait. « Je n'en peux plus, là ça n'a plus d'intérêt. On dirait une médecine de guerre. Je n'ai pas choisi ce métier pour ça...A quoi bon se battre, ça ne sert à rien. Je rentre chez moi...Bon courage...».

Course de désorientation assortie d'un véritable jeu d'équilibriste, il faut à tout moment, et parfois sur des périodes (semblant toujours trop) longues, trouver la formule quasi mathématique de congruence entre le nombre de malades, leurs besoins, qu'il s'agisse d'investigations, d'avis spécialisés, de lits d'hospitalisation, et les moyens disponibles. Parallèlement à ces variables devenant une véritable équation « flux/besoins/moyens », les inconnues sont nombreuses, et peu, voire non, maîtrisables. Les *inconnues*...Cause(s) identifiée(s) ou non de l'accroissement de fréquentation (épidémie saisonnière, accident ponctuel par exemple)...durée du pic d'affluence (inconnue absolue sauf, éventuellement, en cas de catastrophe circonscrite)...disponibilité en lits réelle et potentielle (recherche des « *lits cachés* » à savoir des lits non déclarés vacants, des « *lits bloqués* » pour des patients convoqués)...possibilité d'avoir un éventuel renfort soignant pour faire face...participation des services hospitaliers à cet accroissement de travail alors que leur propre amplitude d'action est le plus souvent réduite pour ne pas dire nulle. Ce trio flux/besoins/moyens devient une entité unique, et vire (parfois) à l'obsession, voire au cauchemar, lorsque le dépassement des capacités s'installe, s'affole, perdure,

détournant les soignants de leurs missions premières. L'objectif des soins est pollué, parasité par les limites logistiques du système. Ce dépassement de capacités interfère sur le bon déroulement de la prise en charge et induit une distance entre les personnes, malades, et les soignants. Il faut dépasser les limites des moyens, avant que de pouvoir accéder aux malades sans arrière-pensée structurelle, logistique. Sorte de cycle infernal : plus le besoin en lits d'hospitalisation se prolonge dans le temps, moins la structure hospitalière est en capacité de pouvoir répondre à la demande. Alors, les tensions poignent, les échanges se font plus abrupts.

« Bonjour, je t'appelle pour une patiente présentant une décompensation cardiaque. » Ce à quoi le cardiologue répond : « Je t'arrête tout de suite, je n'ai pas de lit donc inutile que tu me présentes cette patiente. ».

...Ou encore...

« Je t'appelle pour un lit. » avec pour toute réponse « Je n'en ai pas. ». Et chacun de raccrocher.

Le message est direct, uniquement basé sur la demande de moyens, hélas non disponibles. Fin de non-recevoir, la conversation n'a plus lieu d'être, la personne, malade, disparaît totalement du dialogue : des mots échangés au profit d'un décompte de lits. Pourtant, la discussion pourrait avoir lieu indépendamment des capacités, mais la pression est telle que la disponibilité des moyens se substitue aux éventuels questionnements concernant la personne, malade. Les soins sont occultés, relégués et semblent parfois être considérés comme secondaires, pour ne pas dire accessoires, au regard des tensions d'ordre matériel. Exit les ambages, les courtoisies de bon aloi, la demande est directe, voire directive : *« Il y a beaucoup de malades dans les couloirs, il nous faut des lits. On déborde. ».* Mais l'espace-temps des Urgences n'est pas celui des services d'hospitalisation, ayant eux-mêmes leurs propres urgences, et une charge en soins souvent maximale. Et la réponse peut prendre plus de temps qu'escompté, ne pas être suffisamment dimensionnée.

L'effervescence des soins se teinte progressivement d'appréhensions, sources d'un malaise perceptible, individuel et/ou collectif. Le questionnement affleure sur l'acuité de pareille(s) situation(s), à chaque fois relancé lorsque les soignants n'arrivent plus à faire face. Comment ne pas se sentir touché, interpellé, en voyant autant de personnes

attendre un lit d'hospitalisation pendant des heures, et des heures sans perspective tangible ? Comment pouvoir se résoudre à voir ses efforts mis en suspens, faute de place, dans l'attente d'une orientation idoine ? Comment surveiller les malades déjà hospitalisés et, en même temps, accueillir, assurer et poursuivre la prise en charge de nouveaux arrivants ? Comment encaisser, accepter de prendre pareils risques aveuglément, sans sourciller ? Et les interrogations trottent dans les consciences, dont la principale et non des moindres : quelle est la part de responsabilité des soignants dans cette situation (et non à cette situation) ? ... Cet état de faits bouscule les consciences « [...] car on peut tout fuir, sauf sa conscience. »⁷⁰². Des malades les uns à côté des autres en transition... des délais d'attente qui s'allongent... La scène est rugueuse, violente et le constat amer, déroutant. Que faire : se taire ou dire ? Constat *simple*ment ou réagir *juste*ment ? Certains soignants, épuisés, résignés, refusent de lutter. « De toute façon, c'est toujours pareil, alors à quoi bon ? ». Aucune solution ou issue ne leur semble plus envisageable ou pérenne. « Celui qui n'admet d'autre valeur que le réel sacrifie allègrement tous les possibles. »⁷⁰³. Mais celui-là, aussi, se sacrifie d'une certaine façon... A force de se contenter de ce réel, rien ne paraît dysfonctionner vraiment, tant la scène peut se répéter. « Est-ce qu'il y a quelque chose d'anormal ? Il n'y a plus rien d'anormal puisque l'anormal est devenu habituel. Ainsi, tout s'arrange. »⁷⁰⁴ affirme le personnage du roi dans *Le roi se meurt*. La résolution du problème paraît implacable : l'habitude génère l'assentiment tacite, la légitimation, la banalisation puis le silence. Et finalement, « [...] tout s'arrange. ».

Pourtant, « Le fait n'a point par lui-même de valeur. Et même du moment qu'il existe comme fait, c'est qu'il porte avec lui ses conditions. Les conditions qui les connaît les change. Aussi le fait ne traduit-il non pas ce qu'on fait, mais ce qu'on n'a pas fait. »⁷⁰⁵. Le raisonnement de Canguilhem (provenant d'un article de 1927 contre la loi Paul-Boncour, dont le but était de supprimer la liberté d'expression en temps de guerre), implacable, incontournable, entre en résonance avec le vécu ici décrit. Sur « le fait » et ses « conditions », à savoir le cortège de circonstances d'apparition des phénomènes de saturation et ses causes, les capacités des soignants à les changer, les transformer seraient non seulement illusoires mais surtout utopiques. Impuissance

⁷⁰² S. Zweig, *Op. cit.*, p.381.

⁷⁰³ G. Canguilhem, *Activité technique et création*, Communications et discussions, Société toulousaine de philosophie, 11^{ème} série, 1938, p.82.

⁷⁰⁴ E. Ionesco, *Op. cit.*, p. 31.

⁷⁰⁵ Canguilhem G., *La mobilisation des intellectuels : Protestations d'étudiants, Libres propos*, 20 avril 1927, p.50-54.

absolue à modifier le flux des malades, l'occupation des lits, les marges de manœuvre des services, la possibilité d'adapter les moyens humains au flux de façon rapide et intarissable... Nombre de solutions ont été envisagées, initialement à l'échelon local (réserver un lit par jour et par service pour les Urgences, décaler les entrées programmées en prenant soin d'éviter une éventuelle aggravation des malades dont l'hospitalisation est ajournée) puis, de façon nationale et officielle, avec la publication régulière au fil des années de directives, de plans, de mesures. Malheureusement, ces mesures s'avèrent rarement pérennes, les configurations étant rapidement changeantes et l'emprise sur les paramètres correctifs relative, tardive, et aléatoire.

La seule possibilité est de s'interroger sur soi-même. Sur la façon dont, au regard des contingences, sont considérées et prises en charge les personnes, malades, dont est perçue et menée la mission de soins. Face à pareille situation, la possibilité d'analyser *ce qu'on n'a pas fait*, ou *ce qu'on ne fait pas*, ne peut, dans un service d'urgences, se penser qu'en aval et non en amont. L'option envisageable n'est pas l'anticipation rétrospective d'une configuration actuelle, mais la réaction prospective de ne pas se résoudre, pour certains soignants, à capituler et à opter pour une forme de sédition. Quand certains refusent de lutter, d'autres choisissent cette autre forme de refus, celle de ne plus accepter la situation à la source de laquelle se trouve un « *un principe [...] d'énergie* »⁷⁰⁶. La finalité de ce refus est de retrouver la notion de service inféodé à la médecine, car « (...) *il n'y a Médecine que dans le Service de l'Homme* »⁷⁰⁷ comme le rappelle l'Académie Nationale de Médecine en 2011. Cette attitude, véritable sursaut éthique, procède de l'humanisme à savoir selon Alice Casagrande « *cette force de caractère qui, au nom de certaines valeurs s'interpose dans les fonctionnements automatiques d'une équipe (en réalité un groupe), pour en interrompre les logiques délétères, pour dépasser les collages artificiels obéissant à diverses priorités, afin de réintroduire le malade au cœur de ses préoccupations.* »⁷⁰⁸. La pré-occupation n'est plus le système et sa fluidité, ses valeurs statistiques, mais les personnes, malades.

Sortir de la logique délétère de fonctionner, comme l'impose le système, et décider de ne plus subir mais (re)trouver des valeurs humaines, la « *clinique humaniste* »⁷⁰⁹,

⁷⁰⁶ A. Camus, *L'homme révolté*, Paris, Gallimard, collection Folio, 1985, p.32.

⁷⁰⁷ Bull. Acad. Natle Med., *Un humanisme médical pour notre temps* 2011, 195, n°6, 1345-1368, p.1346, séance du 21 juin 2011.

⁷⁰⁸ Bull. Acad. Natle Med., *Un humanisme médical pour notre temps*, 2011, 195, n°6, 1345-1368, séance du 21 juin 2011.

⁷⁰⁹ Bull. Acad. Natle Med., *Un humanisme médical pour notre temps*, 2011, 195, n°6, 1345-1368, séance du 21 juin 2011.

au profit tant des personnes, malades, que des soignants. « *Si une valeur a perdu son contenu concret, qu'en reste t'il? Rien qu'une forme vide ; un impératif sans réponse mais qui, avec d'autant plus de rage, exige d'être entendu et obéi.* »⁷¹⁰. Comment vanter des valeurs de soins et ne pas les incarner dans les faits ? Le hiatus est flagrant entre discours et pratiques. Si les tutelles désignent les Urgences comme la *vitrine* de l'hôpital - l'image de la vitrine ne pouvant que convoquer celle du magasin -, elles les comparent à un *goulot d'étranglement*, image stigmatisante voire dégradante. Le substrat de ces représentations n'est pas inexistant, mais s'avère être un fardeau pour ceux qui, courageusement, y travaillent. Aucun autre service hospitalier n'est ainsi décrit ; l'ambiguïté voire la contradiction de ces termes étant frappante, et prenant un sens d'outrage lorsque, malgré tous les efforts des soignants pour trouver des solutions connexes (et non annexes), la situation est bloquée. Retrouver des valeurs de soins, c'est, d'une certaine façon, redevenir un *artisan*, tel que l'entend Ivan Illich, « [...] *exerçant son habileté sur des individus [connus personnellement],* » et non plus un « *médecin technicien appliquant des règles scientifiques à des catégories de malades [...]* »⁷¹¹, et non plus un médecin qui ne prendrait pas la peine d'analyser ce qui se joue et ne serait que la cheville ouvrière de la gestion d'un flux. Dès lors, le soignant prend, via le refus de ne pas réagir, la posture de « *substitut* »⁷¹². Ce terme, issu des recommandations anglo-saxonnes de 1999 concernant les admissions en réanimation, est toujours en vigueur. Le *substitut* est « *Celui qui tient la place ou qui exerce les fonctions d'un autre, en cas d'absence ou d'empêchement* »⁷¹³. Véritable porte-parole, le substitut doit *défendre* le malade devenu variable (avec laquelle il faut composer) du système, et non plus centre. Certains malades n'ont pas le *bon profil*, ne présentent pas bien. Les représenter est une mission soignante à part entière.

Visite au service porte. Le service est plein et l'hôpital aussi ou presque. Deux malades relèvent d'une hospitalisation en neurologie. Le neurologue vient voir les malades, mais ne dispose que d'une seule place :

- « *Bon...autant te dire qu'entre une jeune qui convulse et un vieil alcoolique qui a fait un accident vasculaire, je te prends la jeune.* ».

L'urgentiste n'est pas d'accord et argumente :

⁷¹⁰ M. Kundera, *Op. cit.*, p.68.

⁷¹¹ I. Illich, *Némésis médicale, L'expropriation de la santé*, *Op. cit.*, p.41.

⁷¹² Critical care services and personnel : *recommendations based on a system of categorization into two levels of care*. American College of Critical Care of Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med 1999 Feb; 27 (2) : 422-426.

⁷¹³ Dictionnaire Le Littré, entrée « substitut ».

- « La jeune dame peut être gérée rapidement au porte, ou être transférée, alors que le monsieur est là depuis plus de 48 heures. Pour lui, on ne sait pas faire ou pas bien en tout cas. Il faut que tu prennes le monsieur car en plus aucun autre service n'acceptera de le prendre puisqu'il relève de la neurologie. Et que son alcoolisme n'aide pas à lui trouver un lit. ».

La conversation sera âpre, mais le neurologue finira par « admettre » le monsieur (dans son service).

En réfutant le choix du neurologue, l'urgentiste, se révolte, se fait le *substitut* du monsieur alcoolique en sachant que ses arguments sont recevables, car justes et justifiés. « Apparemment négative, puisqu'elle ne crée rien, la révolte est profondément positive puisqu'elle révèle ce qui, en l'homme, est toujours à défendre. »⁷¹⁴. L'urgentiste relaie la voix du monsieur - ayant pour seul épithète le terme d'alcoolique - incapable de soupçonner cette discussion et donc de pouvoir se défendre par lui-même. La défense est d'autant plus pertinente que « La révolte ne va pas sans le sentiment d'avoir soi-même en quelque façon, et quelque part, raison. »⁷¹⁵. Raison d'argumenter, de tenter de modifier la perception du neurologue, et de faire en sorte que les deux malades puissent avoir des soins adaptés. Cette révolte n'est pas synonyme de renoncement bien au contraire, mais d'élan pour retrouver la fonction soignante noble, centrée sur la personne, malade. « Qu'est-ce qu'un homme révolté ? Un homme qui dit non. Mais s'il refuse, il ne renonce pas : c'est aussi un homme qui dit oui, dès son premier mouvement. »⁷¹⁶.

Ce non est un acte de liberté et d'autonomie au sens littéral. « La liberté, au sens concret du mot, consiste dans une possibilité de choix. »⁷¹⁷. Encore faut-il être à même de voir ces possibilités de choix, ce qui impose de sortir de l'état de fait, du seul réel - « Celui qui n'admet d'autre valeur que le réel sacrifie allègrement tous les possibles. »⁷¹⁸. Cela suppose de s'autoriser à choisir entre l'impossible et un possible : ne percevoir que la difficulté à orienter ou s'occuper concrètement de personnes, malades. Si cette synthèse binaire peut paraître simpliste, voire caricaturale, il n'en est rien, tant les circonstances, certains jours, sont difficiles. Des jours d'*abattage* pour reprendre les propos de l'urgentiste sortant de garde. Ce non qui mène à la révolte est

⁷¹⁴ A. Camus, *L'homme révolté*, Op. cit., p.34.

⁷¹⁵ *Ibid.*, p. 27.

⁷¹⁶ *Ibid.*, p.27.

⁷¹⁷ S. Weil, *Le ravissement de la raison*, Op. cit., p. 72.

⁷¹⁸ G. Canguilhem, *Activité technique et création*, Op. cit., p.82.

un *oui* vers l'art médical au sens humaniste, tel que le rappelle l'Académie Nationale de Médecine. « *L'art médical ? C'est donc cet espace de liberté ouvert au médecin pour exercer, outre sa compétence et sa rigueur scientifiques, les intuitions issues de son expérience et de sa subjectivité.* »⁷¹⁹. Appliquer ses compétences répond *simplement* à l'engagement professionnel, et aux missions définies par les tutelles de tous ordres, et surtout par sa propre tutelle, sa conscience. Mais cette tutelle, sa propre conscience, permet de laisser libre cours à sa subjectivité et de se recentrer, en se dégageant des contingences, sur l'autre.

Ce *oui* est celui des valeurs incarnées, de l'attachement profond à la mission de soins, d'un retour aux fondamentaux d'une médecine humaniste⁷²⁰. « *Jusque-là il se taisait au moins, abandonné à ce désespoir où une condition, même si on la juge injuste, est acceptée. Se taire, c'est laisser croire qu'on ne juge et ne désire rien, et dans certains cas, c'est ne rien désirer en effet. Le désespoir, comme l'absurde, juge et désire tout, en général, et rien, en particulier. Le silence le traduit bien. Mais à partir du moment où il parle, même en disant non, il désire et juge. Le révolté, au sens étymologique, fait volte-face. [...]Le voilà qui fait face. Il oppose ce qui est préférable à ce qui ne l'est pas. Toute valeur n'entraîne pas la révolte, mais tout mouvement de révolte invoque tacitement une valeur.* »⁷²¹. Ne plus accepter la situation, c'est se faire entendre et ne plus subir, sans avoir pour autant prémédité le *non*. Le mouvement de la volte-face est ici intéressant, car il met en exergue la rapidité de la réaction et l'opposition à accepter sans réagir, et donc sans agir. De plus, la volte-face (re)place le soignant face à la personne, malade, et le détourne de la situation logistique *pure*. L'Homme à soigner n'est pas à côté de nous et encore moins derrière nous (y compris une fois la consultation terminée). Cette position du *devant nous*, sous nos yeux sollicite notre responsabilité, mais aussi notre capacité, à savoir le pouvoir de faire des choix pour celui, dont le statut n'est pas anodin, la personne, malade.

« ... le médecin ne soigne pas seulement avec ses ordonnances ou ses actes mais par toute sa personne, [...], qui accueille, respecte, apaise, rassure l'autre comme individu différent mais égal dans l'humain. »⁷²². En vue de l'accueil, du respect et de

⁷¹⁹ Bull. Acad. Natle Med., *Un humanisme médical pour notre temps* 2011, 195, n°6, 1345-1368, séance du 21 juin 2011.

⁷²⁰ Bull. Acad. Natle Med., *Un humanisme médical pour notre temps* 2011, 195, n°6, 1345-1368, séance du 21 juin 2011.

⁷²¹ A. Camus, *L'homme révolté*, *Op. cit.*, p. 28.

⁷²² Bull. Acad. Natle Med., *Un humanisme médical pour notre temps* 2011, 195, n°6, 1345-1368, séance du 21 juin 2011.

l'apaisement, le praticien, dans toute sa personne, use de bienveillance, valeur centrale de l'humain mais aussi du soin. « *Or ceux qui forment de bons vœux dans le souci de quelqu'un, on dit qu'ils sont bienveillants envers cette personne...* »⁷²³. Attitude autonome, la bienveillance relève de la liberté de chaque soignant. Ce comportement, ce mouvement vers l'autre, relève de l'impératif pratique kantien : « *Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre toujours en même temps comme une fin, et jamais simplement comme un moyen.* »⁷²⁴. L'autre pour ultime finalité...

Ainsi, les phases se succèdent-elles dans un continuum fin : après le constat, le refus, dont se nourrit la révolte, laquelle génère le recours et le retour aux valeurs essentielles du soin.

4.1.1 Le pas de côté

Le mouvement est double : la volte-face qui place le soignant devant la personne, malade, et le pas de côté qui l'éloigne des contraintes. « *Tout comme les autres hommes, je dois avoir droit à des moments où je puisse faire un pas de côté et sentir que je ne suis pas seulement une partie de cette masse que l'on appelle la population du globe, mais aussi une unité autonome.* »⁷²⁵. Acte intentionnel, ce pas de côté autorise l'urgentiste à s'extraire du flot commun, à faire preuve non seulement de liberté, mais aussi d'autonomie. Cette prise de champ lui offre la possibilité de choisir sa façon d'exercer, ses priorités en les focalisant sur celles de l'autre. Cette translation permet de s'extraire de ce qui est hors du champ des compétences, pour revenir au plus près des soins. La configuration n'est plus triangulaire à savoir malades/moyens/soignants, mais reprend le sens de la *dialectique*, de la rencontre, sans l'interface des moyens, véritable « *quatrième mur* »⁷²⁶ à dépasser.

Soir de garde. Un monsieur d'une quarantaine d'années se présente aux Urgences pour dyspnée invalidante. Il a récemment été hospitalisé en cardiologie pour tamponnade, dans un hôpital voisin. Mais depuis sa sortie, il a de plus en plus de mal à se déplacer, car il étouffe. Faire ne serait-ce que quelques pas est difficile

⁷²³ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, Op. cit., VIII [1155b21-11156 a1].

⁷²⁴ E. Kant. *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Op. cit., p. 150.

⁷²⁵ S. Dagerman, *Notre besoin de consolation est impossible à rassasier*, Paris, Actes Sud, 1989, p.18.

⁷²⁶ S. Chalandon, Op. cit., p.39.

pour ne pas dire, depuis ce soir, impossible. L'examen clinique révèle des signes faisant suspecter une récurrence de la tamponnade. L'urgentiste appelle le cardiologue de garde dans le service où le monsieur a été hospitalisé. Au motif, qu'il n'a plus qu'un lit pour un éventuel infarctus, le cardiologue refuse ce monsieur, et remet en cause le diagnostic de récurrence de tamponnade.

- « Il faut chercher autre chose », dit-il à l'urgentiste.

L'urgentiste argumente :

- « Je ne t'appelle pas pour un lit, je t'appelle pour que le monsieur puisse avoir l'échographie cardiaque, car je ne vois pas ce que peut être cette dyspnée. Il faut d'abord éliminer la récurrence, ensuite on verra s'il faut évoquer un autre diagnostic. En plus l'échographie est un bon examen pour éclaircir la situation en étant peu invasif. ».

Après quelques minutes, le cardiologue accepte de faire l'échographie au monsieur, mais insiste sur le fait qu'il ne le gardera pas, car il refuse de prendre son dernier lit. Le malade est transféré. La nuit avance, le cardiologue rappelle l'urgentiste :

- « J'ai fait l'échographie du monsieur. C'est bien une tamponnade, faut qu'on le draine ce soir...Je suis désolée, mais je n'aurais pas dû refuser le malade quand tu m'as appelée. Je m'excuse.». L'urgentiste, expérimenté, tempore :

- « Non c'est très bien puisque tu lui as fait l'échographie. Il est au bon endroit, au bon moment finalement. Bon courage pour la garde. ».

L'attitude initiale du cardiologue est celle de la soumission au manque de places. Les moyens (ou plutôt leur rareté) s'interposent entre lui et sa capacité à analyser la situation clinique. La perception des soignants est détournée : « [...] *au lieu des soins à apporter, la recherche de la place prend le dessus* »⁷²⁷. Cette course de désorientation, la polarité n'étant plus *la gestion des malades* mais des moyens, dénature à la fois la relation aux malades, assimilés à des difficultés d'orientation, la relation au travail, et en filigrane à soi-même. Lors de situations où les contraintes prévalent, où les moyens manquent (dépassement de capacités d'accueil, manque de lits, plateau médicotechnique non accessible), ne faut-il pas tenter de s'extraire du contexte et s'autoriser un *pas de côté* ? Réussir à faire abstraction du contexte, s'y soustraire - du latin *subtrahere* - pour prendre la direction de « *l'ad-straction* », à savoir de l'attraction vers le malade. Ce choix constitue une réversion de la situation, une

⁷²⁷ Braun F., Pateron D., Giroud M., Samu-Urgences de France, Note de synthèse, *Surcharge des structures des urgences et gestion des hospitalisations*, septembre 2013, p.3.

forme de révolte. Mettre à distance un environnement (in)hospitalier pour retrouver le sens premier de la mission de soins, sa quintessence. « *Ce qui est contraire est utile et c'est de ce qui est en lutte que naît la plus belle harmonie ; tout se fait par discorde.* »⁷²⁸. De cet environnement bousculé, contraire, émerge la recherche, utile, de l'épicentre des soins, permettant de redonner à chacun sa juste place. Chercher à prendre le contrepied, pour faire contrepoids, et au sein de cette *discorde*, ou tout du moins de ces tensions entre malades et moyens, chercher une forme de *concorde*.

4.1.2 La recherche de la concorde

La concorde doit avoir deux cibles, le dedans et le dehors, afin de retrouver une cohérence :

- concorde avec le dedans, *concorde intérieure*, avec les missions du soin, aboutissant à la concorde avec ses valeurs, ses convictions. Si cette démarche est prioritairement au bénéfice de la personne, malade, elle est, par réflexivité, également dirigée vers soi-même. « *Ai-je fait acte utile à la communauté ? Je me suis donc rendu service à moi-même. Aie toujours et en toute occasion cette maxime à ta portée, et ne t'en dépossède jamais.* »⁷²⁹. Ne pas se laisser exproprier des valeurs du soin et se détourner de ses missions permet de garder le cap de l'urgence, l'autre.
- concorde avec le dehors, *concorde extérieure*. A cette fin, l'axe principal est de retrouver un discours de soignant, et de ne pas pervertir son langage, transducteur des préoccupations. « [...] *les mots ont reçu la tâche et le pouvoir de « représenter » la pensée.* »⁷³⁰. L'instillation d'un vocabulaire comptable des moyens heurte et dérive l'axe dirigé vers la personne, malade, aboutissant à la triangulation malades/moyens/soignants. Or, il s'agit de retrouver un accès au(x) personne(s) malade(s) non dévié. Se prémunir du langage peut apparaître accessoire, mais il n'en est rien. Au contraire, soigner la discursivité consiste à ne pas trahir sa pensée, ou tout du moins à relier « *le réfléchi à l'immédiat* »⁷³¹ alors qu'ils sont, *a priori*, opposés.

⁷²⁸ Penseurs grecs avant Socrate, *De Thalès de Milet à Prodicos*, traduction du fragment 8 d'Héraclite, Paris, GF Flammarion, 1988, p74.

⁷²⁹ Marc Aurèle, *Op. cit.*, p.156,.

⁷³⁰ M. Foucault, *Les mots et les choses*, *Op. cit.*, p.92.

⁷³¹ *Ibid.*, p.97.

La quête de la concorde appartient au *bon sens*, tel que l'entend Descartes dans le *Discours de la méthode*. Ce que Descartes dénomme *bon sens* est en fait la raison également répartie entre les Hommes, mais différemment utilisée. « [...] *la puissance de bien juger, et distinguer le vrai d'avec le faux, qui est proprement ce qu'on nomme le bon sens ou la raison, est naturellement égale en tous les hommes ; et ainsi que la diversité de nos opinions ne vient pas de ce que les uns sont plus raisonnables que les autres, mais seulement de ce que nous conduisons nos pensées par diverses voies, et ne considérons pas les mêmes choses. Car ce n'est pas assez d'avoir l'esprit bon, mais le principal est de l'appliquer bien.* »⁷³². La vision de la situation et des priorités à avoir peuvent être différentes selon les soignants. Certains se focalisent sur les malades en disant que les lits d'hospitalisation ne sont pas leur travail. D'autres, au contraire, ne supportent pas l'absence de lits, source de tension supplémentaire, et se polarisent sur d'éventuelles solutions de contournement de la difficulté logistique. Ces distinctions sont, selon Descartes, « *les diverses voies* » par lesquelles « *nous conduisons nos pensées* ».

Mais si la raison est égale entre tous, encore faut-il l'appliquer bien. La bonne application, ou plutôt la juste application, permet de retrouver le *bon sens* des soins au sens littéral, le sens adapté, de se réapproprier le soin en accord avec *l'être*, au service de *l'être*. *L'être* est, de façon directe et dirigée, la personne, malade, et indirectement, par projection, soi-même. Enfin, *l'être* implique aussi la façon d'être, le comportement, *l'ethos*. Ce refus teinté de révolte, puis de recherche de concorde, aboutit à se libérer des contraintes, et à revenir aux valeurs, donc aux soins, sous réserve d'effectivité concrète. L'in-quiétude ne doit plus être organisationnelle, mais se doit de devenir une *un-quiétude*. *Un-quiétude* : l'un désignant le malade et par réflexivité le soignant, l'un en quiétude. Une fois le prisme de vue ainsi décalé, via le *pas de côté*, la prise en charge s'avère non aboutie, et pas inaboutie. Il faut donc en tant que soignant, mais aussi et surtout en tant qu'Homme, substituer l'absence d'horizon à une libération de l'action. Ce choix de faire autrement, cet *autre faire*, constituera en soi une nouvelle dimension, un contre point et un contrepoids à ces conditions imposées.

François Jullien parle d'*écart* en le définissant comme « [...] *une figure, non pas de rangement, mais de dérangement faisant paraître, de ce fait, non pas une identité, mais*

⁷³² R. Descartes, *Discours de la méthode*, Paris, Editions 10/18, 1985, p.29.

[ce que je nommerai] une fécondité. »⁷³³. Ainsi, des tensions induites par les dysfonctionnements peut-il naître une nouvelle façon de re-penser (panser ?) l'exercice. Car cet écart est « [...] productif - et ce dans la mesure où il met en tension ce qu'il a séparé. »⁷³⁴, et s'avère un concept « exploratoire, à fonction heuristique »⁷³⁵. Or, la séparation s'est insinuée entre les soignants et les soignés du fait des contraintes périphériques des/aux soins, source de la triangulation délétère, malades/moyens/soignants liée à l'interposition des moyens. L'écart incite à chercher un viatique pour sortir de l'impasse, afin de ne perdre de vue ni la personne, malade, ni sa mission de soins et, donc, ne pas non plus se trouver sans direction(s). Les soins aux Urgences devraient être vus comme un *entre*, issu de l'écart au sens où le conçoit François Jullien. Cet *entre* existe d'autant plus qu'il est un temps particulier séparant *l'avant* et *l'après*, évènement ayant conduit la personne à consulter aux Urgences, dans un lieu singulier, entre *le dedans* et *le dehors* de l'hôpital. « *L'entre, n'a rien en propre, ne possède pas de statut, par conséquent passe inaperçu. En même temps, l'entre est par où tout passe, se passe, peut se déployer.* »⁷³⁶. Pour autant, cela ne veut pas dire que *l'entre* est vacuité, sorte de passage non substantiel bien au contraire. Au contraire, *l'entre* est un espace, temporel et spatial, où vont avoir lieu des soins, parfois indispensables et décisifs, surtout en situation d'urgence vitale. Si *l'écart* a délié les soignants des personnes, malades, *l'entre* met à distance les soignants des contraintes logistiques, pour mieux déjouer *l'écart* et ainsi relier les soignants, aux personnes, malades.

Conjuguant démarches diagnostique et thérapeutique en un temps restreint, l'exercice n'en est que plus périlleux et donc valeureux. En connaître les qualités, en percevoir l'importance, ne pas en occulter les limites permet de mieux s'approprier cette discipline délicate de la médecine d'urgence, sous réserve d'avoir perçu l'impératif de *l'écart*, véritable lien, la nécessité de *l'entre*, espace réel de liberté. Le but du *pas de côté* est de conduire au passage vers la personne, malade, mais aussi au *pas sage*, calme, permettant un exercice apaisé. Appartenir au seul service fonctionnant ainsi au sein d'un hôpital génère une singularité riche à préserver, mais aussi à cultiver, à *défendre*, afin d'en faire une valeur ajoutée et non pas un handicap distinctif.

⁷³³ F. Jullien, *L'écart et l'entre, Leçon inaugurale de la Chaire sur l'altérité*, Paris, Galilée, 2015, p.35.

⁷³⁴ *Ibid.*, p.34.

⁷³⁵ *Ibid.*, p.35.

⁷³⁶ *Ibid.*, p.51.

18h30. Arrivée de l'équipe de garde. Le service est saturé et l'hôpital plein. Plus aucun lit pour les hospitalisations à venir. Le lendemain matin, les couloirs sont encombrés, les mines des urgentistes de garde défaites. 36 malades dans les couloirs en plus des 16 au service porte.

- « *Désolé, on n'a pas pu faire mieux. C'était l'enfer, y'en avait partout. On n'a pas arrêté de la nuit.* ».

Pourtant la directive du service est simple : « Ne vous occupez pas des places, occupez-vous d'abord des malades. ». Plus facile à dire qu'à faire.

La consigne donnée par le chef de service libère les médecins de la pression des contingences. Cette recommandation est une posture d'écart patente, de surcroît instillée ; charge à chacun de trouver l'entre qui lui convient pour gérer au mieux la relation avec chaque personne, malade.

4.2 L'impératif utile

La situation pourrait sembler insoluble, mais génère cependant une séquence féconde. Du constat du poids des contraintes, émerge le refus de laisser les soins se dérouler dans l'ombre de la gestion des moyens ; l'attention des soignants étant capturée par les solutions à trouver. Dans cette tension, implicite ou explicite, entre dispensation des soins et gestion des moyens, affleure en conséquence du refus, la révolte, impulsion véritable. La volonté essentielle est de se détourner des contingences imposées, le plus souvent indépendantes des Urgences elles-mêmes, afin de les contourner et de se (re)tourner pour se (re)trouver face au(x) personne(s), malade(s). Par cet acte de liberté et de libération, l'urgentiste, revendique la posture de *substitut* et s'autorise un *pas de côté*, salvateur, un *écart*. La situation complexe devient dès lors opportunité. La triangulation malades/moyens/soignants est délaissée, pour se polariser uniquement sur la mission soignante, permettant de laisser place aux valeurs, la bienveillance étant vraisemblablement la première. L'impératif est de réussir à ne jamais perdre de vue l'essence même de son exercice : « *[Et] la première façon de vous rendre utile dans ces (terribles) circonstances, c'est de bien faire votre travail. Ou sinon, le reste ne sert à rien.* »⁷³⁷. Si le travail n'est pas « bien » accompli, alors « le reste », c'est-à-dire ce qui ne relève pas du travail, ne sert à rien. Certains pourraient

⁷³⁷ A. Camus, *La peste*, Paris, Gallimard, Folio, 1983, p.128.

opposer que la gestion des contraintes appartient à la tâche de l'urgentiste. Dans les faits, c'est le cas, mais la démarche est bien de s'en affranchir pour revenir à la mission des soins.

Dans un service d'urgences, le mode d'exercice est particulier. Le déroulement de la journée est peu prévisible. Les personnes arrivent en permanence, selon des modes différents (en ambulatoire ou par des moyens de secours spécifiques), pour des motifs variés, chacun avec leur narration, leurs attentes. Les démarches diagnostiques et thérapeutiques s'enchaînent, précises, menées de front pour plusieurs personnes, malades, dans un temps à la fois commun et distinct puisque chaque durée de prise en charge est variable. Sur une même période, les durées de réflexion peuvent aller de quelques minutes à plusieurs heures, et ne pas être proportionnelles (mais plutôt en rapport inverse) à la gravité de la situation clinique.

L'infirmière sort du box de tri, un ECG à la main. Elle appelle le senior et lui dit :

- « *Je crois que c'est un infarctus. Je le mets au déchoc. ».*

Le sénior arrive, regarde l'ECG, confirme l'infarctus et l'annonce, avec précaution, au malade. Explication lui est donnée de l'artère bouchée, de l'importance d'aller vite, et de tenter de déboucher cette artère en allant la dilater. Sont prescrits à voix haute le bilan, la perfusion, les thérapeutiques. L'urgentiste fait les prescriptions par écrit pendant qu'il contacte le cardiologue, raccroche et dit :

- « *OK, on part en coronarographie.».*

Les portes de la salle de déchocage s'ouvrent en grand et laissent filer le brancard. Après avoir rangé la salle de déchocage, l'infirmière sort quand une dame l'interpelle.

- « *La dernière fois, j'étais passée vite, et là j'attends beaucoup trop longtemps je trouve. Ce n'est pas normal, y'a du laisser-aller quand même.».*

Mais la dernière fois, la dame avait une dissection aortique et présente aujourd'hui un traumatisme de la cheville...

Aucune possibilité de déterminer *a priori* le profil de la journée à venir. Le mode d'exercice présente donc des variations de cadence importantes, certains extrêmes pouvant se percuter. La dame a déduit de son précédent passage qu'elle serait rapidement prise en charge, à chaque fois.

- « Je vous préviens ça râle en salle d'attente » dit l'infirmière organisatrice de l'accueil « Y'a une dame pour traumatisme du coude qui menace de porter plainte ». Tous les regards, excédés, se tournent vers elle.
- « C'est vrai qu'on ne fait pas grand-chose depuis ce matin. Il est 17h00 et j'ai toujours pas mangé. » s'exclame un médecin. « Remarque, ils ne peuvent pas le savoir, et puis c'est une sale journée entre la leucémie, la métastase cérébrale chez la jeune de 30 ans qui a le cancer du sein, et maintenant la salle de réveil qui nous descend la mère de celui qui vient de mourir sur l'autoroute, ça fait beaucoup. Alors forcément, les entorses de cheville, à côté, c'est pas grand chose... ».

Une histoire simple et sans grande conséquence, un coude cogné douloureux, en parallèle d'un récit s'avérant être un diagnostic grave au pronostic sombre, une leucémie aiguë. Une prise en charge très courte, pour des pathologies aiguës potentiellement létales tel l'infarctus du myocarde, requérant une acuité intellectuelle immédiate et, au contraire, une démarche longue faite d'investigations et de raisonnements, dans le cadre d'une douleur abdominale chronique. L'écart est saisissant, marquant. La satisfaction de participer à des parcours de soins si variés n'est pas négligeable, et contribue à l'attrait pour la médecine d'urgence : peu de monotonie, des diagnostics variés et riches mais des amplitudes horaires décalées incessantes. Après plusieurs années d'exercice, la capacité à s'adapter à ces rythmes changeants, ces accélérations d'intensité, ces fluctuations de cadence peut s'émousser. Après des enchaînements difficiles entre nuits de garde chargées et journées submergées, l'indifférence peut poindre, stigmate de la lassitude.

« Une seule chose peut être changeait et c'était Rieux lui-même. Il le sentait ce soir-là, au pied du monument à la République, conscient seulement de la difficile indifférence qui commençait à l'emplit... »⁷³⁸. Le docteur Rieux, confronté à *La peste*, perçoit en son for intérieur que la répétition et la gravité des situations vécues est venue éroder son implication, sa réactivité, et peut être ses réactions. La « difficile indifférence » s'instille peu à peu, au risque de prendre toute la place, car Rieux ne perçoit plus qu'elle. Toutefois, suffisamment lucide et aux aguets, Rieux, arrive à percevoir et à nommer ce trouble qui l'emplit. Si l'analogie avec *La peste* peut paraître osée, certaines journées, du fait du flux incessant, de la sensation voire du sentiment d'être dépassé, peuvent générer un peu d'indifférence. Indifférence qui s'apparente

⁷³⁸ *Ibid.*, p.87.

également à une protection, tant la confrontation à certaines histoires peut être violente et oblige à puiser dans les ressources, y compris affectives⁷³⁹, du soignant. Car l'élément prépondérant du métier d'urgentiste est de répondre : répondre aux personnes, malades, aux soignants, aux familles, aux collègues, à tout interlocuteur jalonnant le parcours de chacun. Et aussi répondre de la personne, malade, et parfois même à sa place, lorsqu'elle est en incapacité de le faire. Parallèlement à ces réponses humaines, l'urgentiste doit trouver des réponses aux difficultés de fonctionnement pouvant interférer avec les soins. Et l'urgentiste doit enfin répondre à lui-même : de ses actes, ses décisions, ses réactions et notamment celles qui ne se voient pas et ne se lisent que quelques jours, mois, semaines après.

- « Tu sais, j'arrête pas de penser à cette jeune de l'autre jour. »

- « Laquelle ? » répond le collègue les yeux rivés sur l'ordinateur.

Le collègue raconte la jeune femme qui allait se marier, venue pour voir le psychiatre. Le psychiatre avait authentifié une dépression, et la nécessité de modifier le traitement. Et quelques heures après, le SAMU avait appelé pour dire que la jeune femme avait été retrouvée en arrêt cardiaque, à son domicile, sur une tumeur de la fosse postérieure qui avait saigné et engagé.

- « Je n'arrive pas à voir comment j'aurais pu faire le diagnostic, l'examen clinique était normal. Mais... elle est morte et en plus elle allait se marier. Si ça se trouve, je suis passé à côté de quelque chose et c'est de ma faute. ».

Le collègue perçoit et comprend l'effroi, la légitimité de se remettre en cause même si certains diagnostics sont difficiles. Il appelle ça des « savonnettes » ces diagnostics autour desquels tu tournes sans les trouver, parce qu'ils échappent sans cesse.

- « Elle va me hanter longtemps cette histoire en tout cas. Je suis pas prêt de m'en remettre. ».

Au milieu des Urgences, sorte de tourbillon, en veille ou en alerte, selon, les écueils sont multiples. Cependant, se prévaloir et se prémunir d'un impératif, au sens kantien, permet de ne pas être perdu et de se polariser. « Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre toujours en même temps comme une fin, et jamais simplement comme un moyen. »⁷⁴⁰. L'élément

⁷³⁹ Pirard V., *Qu'est-ce qu'un soin ? Pour une pragmatique non vertueuse des relations de soin*, Esprit, Janvier 2006, p.80-94.

⁷⁴⁰ E. Kant. *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Op. cit., p. 128.

(trop) souvent occulté dans cet impératif semble être l'assertion « *aussi bien dans ta personne* ». Le soignant ne doit pas se perdre de vue et laisser dénaturer la perception qu'il a de lui-même, certaines circonstances le transformant, à *esprit défendant*, en moyen au service d'un système de soins. Alors, *bien faire son travail*, ne pas négliger *l'indifférence* éventuelle, marqueur d'érosion, mais surtout chercher à « *être utile* » au sens hippocratique, indépendamment de la nature des soins. « *Rien n'est fatal comme devenir inutile.* »⁷⁴¹. Devenir inutile, ne plus servir (à/pour) autrui, autant dire un non-sens pour tout soignant.

4.2.1 Fidélité au serment d'Hippocrate

Le texte considéré comme *fondateur* de la médecine est le serment d'Hippocrate, qui décline les valeurs angulaires de l'exercice médical. Sa lecture, symbole de l'adoubement du doctorant en médecine, n'a lieu de façon officielle qu'une seule et unique fois, alors même que ce texte est censé servir de référence permanente.

Plusieurs traductions de ce texte existent véhiculant toutes, malgré certaines différences, les valeurs morales, humaines, professionnelles auxquelles promettre allégeance : honneur, probité, respect, devoir d'information, discrétion - cristallisée par le secret absolu -, humilité. Autant de valeurs ou qualités inféodées et jalonnant à la fois l'exercice de la médecine. Selon les versions, prévalence sera donnée à une valeur ou attitude plutôt qu'à une autre. En filigrane, la posture du médecin doit être celle de l'effacement au service, et au bénéfice, du malade, mais aussi de ses maîtres l'ayant précédé.

Dans la version actuellement lue en France, les lois de l'honneur et de la probité sont les premières lignes directrices de ce moment d'engagement solennel. Interviennent ensuite la promotion de la santé, le respect non seulement des personnes mais aussi de leur volonté, leur autonomie, et leurs convictions, avec obligation de les protéger en cas de vulnérabilité ou d'affaiblissement. L'exercice médical ne devra pas se faire contre l'humanité, mais devra au contraire privilégier la confiance, soulager les souffrances de quiconque en aurait besoin, sans distinction de condition sociale, indigent ou non, et ne pas provoquer la mort. L'accroissement des connaissances, véritable devoir, devra se faire pour assurer les services demandés. Ces principes

⁷⁴¹ S. Tesson, *Une vie à coucher dehors*, Paris, Gallimard, Folio, 2017, p.125.

fondateurs se doivent d'être respectés tout au long de l'exercice professionnel, et s'avèrent immuables car dédiés à la seule finalité de l'aléité. Si les avancées médicales ont modifié la technicité des actes médicaux, la permanence du sujet des soins requiert et convoque les mêmes valeurs, indépendamment du temps, de l'époque. Si le savoir médical a été bouleversé progressivement, du fait de l'acquisition de connaissances et du développement de techniques toujours plus prometteuses, se référer à un texte antique, même remanié, mais respectueux des préceptes initiaux, permet de ne pas perdre de vue l'essence et le centre même du soin - l'autre -, de ne pas le renier. Outre le fait de professer, la fonction de pareil texte relève presque du salut : nous ramener, nous ancrer dans un savoir ancestral à valeur de repères. Selon Jean Lombard, les problématiques contemporaines renvoient « ...pour ce qui est des principes et des fins, à des systèmes conceptuels qui sont pratiquement inchangés depuis leur construction par la philosophie antique »⁷⁴². L'Homme reste, demeure, perdure, que la technique change ou non.

D'autres versions existent dont celle de Jacques Jouanna - servant de texte officiel en Belgique -. Sans se lancer dans une lecture comparative précise, il est intéressant de noter que si les valeurs énoncées sont identiques, le texte princeps étant le même, la notion d'utilité est mentionnée à deux reprises par la traduction de Jacques Jouanna⁷⁴³, alors qu'elle n'apparaît pas de façon littérale dans le texte proposé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins. « *J'utiliserai le régime pour l'utilité des malades, suivant mon pouvoir et mon jugement, mais si c'est pour leur perte ou pour une injustice à leur égard, je jure d'y faire obstacle.* »⁷⁴⁴, ou encore « *Dans toutes les maisons où je dois entrer, je pénétrerai pour l'utilité des malades, me tenant à l'écart de toute injustice volontaire, de tout acte corrompateur en général,...* »⁷⁴⁵. Ces deux phrases mettent en exergue le rôle, mais aussi la place, du médecin. L'utilité, issue du pouvoir et du jugement, sert d'étalon décisionnel et de but lors de la visite du médecin « *dans toutes les maisons* ». L'utilité pourrait être assimilée à la direction que doit, à tout moment, choisir le médecin dans l'intérêt du malade. Cette notion d'utile apparaît à plusieurs reprises dans l'œuvre d'Hippocrate. Une des plus célèbres phrases est

⁷⁴² J. Lombard, *Le serment d'Hippocrate et les sources philosophiques de l'éthique médicale*, 2010, écrit le 07/02/2012.

⁷⁴³ Cf. Annexe 3 : *Serment d'Hippocrate, Conseil de l'ordre national des médecins, Belgique – Traduction Jacques Jouanna*

⁷⁴⁴ J. Jouanna. Traduction du serment d'Hippocrate issue de l'ouvrage *Hippocrate*, Paris, Librairie Arthème Fayard, 1992, annexe I (Portraits d'Hippocrate de Cos, Paris – Bibliothèque nationale, manuscrit grec 2144, f° 10v°, XIV^e siècle).

⁷⁴⁵ *Ibid.*

extraite du traité des *Epidémies* I, 5 « *Avoir dans les maladies deux choses en vue, être utile ou du moins ne pas nuire.* »⁷⁴⁶. Pour Hippocrate, l'utile représente le but de l'art médical. Il s'agit presque d'un impératif moral, d'une ligne de conduite, marqué par le recours à l'infinitif n'offrant et ne permettant pas de dérogation : *être utile*. Hippocrate ne tergiverse pas : le médecin doit être utile. Mention n'est pas faite de la façon dont le médecin exerce, mais bien de l'incarnation par ce dernier de l'utile, puisqu'il doit *être utile*. Charge à lui de déterminer les modalités pour *être utile*, au service du malade. Secondairement, et uniquement dans cet ordre, Hippocrate indique qu'en autre alternative, soulignée par le « *du moins* », le praticien devra ne pas nuire telle une option, consécutive. A ce titre, le praticien incarne *l'innocent* au sens littéral - *celui qui ne nuit pas*⁷⁴⁷ - et non pas au sens de non coupable. Ainsi, l'intervention du médecin, homme « *habile* »⁷⁴⁸ et « *ministre de l'art* »⁷⁴⁹ selon Hippocrate, se doit de ne pas être vaine, et encore moins d'aggraver la situation. Littéralement, cela signifie que le médecin est celui qui accomplit une tâche au service du malade, le mot ministre étant issu du latin *minister* signifiant serviteur⁷⁵⁰. Le seul but de l'intervention est d'apporter un mieux perceptible, tangible au malade, synonyme d'utile. Il est licite de se demander si finalement le médecin ne devrait pas incarner le *ministre de l'utile*.

A la fonction de médecin, Hippocrate donne dans son traité *Du médecin* des principes de comportement à adopter : « *...l'homme sage sera discret (...), il sera pour tous grave et humain car se mettre en avant et se prodiguer excite le mépris, quand même ce serait tout à fait utile.* »⁷⁵¹. L'usage du mot homme, et non du terme explicite de médecin, permet à Hippocrate d'avoir recours à l'épithète. L'attribut « *sage* » ne peut être ici supprimé sans générer une confusion sur la fonction de celui qu'il désigne. En ayant recours à cette figure de style, Hippocrate accroît encore la posture du médecin en opposant le fait d'être sage, grave et humain, avec la mise en avant. La discrétion est primordiale pour s'effacer et permettre de laisser toute place au malade, mais aussi à l'art en lui-même dont le médecin est le vecteur. L'utile ne peut légitimer le fait de « *se mettre en avant* », la vanité ou la prétention, selon. La posture est privilégiée afin de ne

⁷⁴⁶ Hippocrate, *Des épidémies*, livre I dans *Epidémies d'Hippocrate, Premier et troisième livres des crises et des jours critiques*, Paris, 1815, p.103.

⁷⁴⁷ Le Robert, *Op. cit.*

⁷⁴⁸ De Mercy, *Traité d'Hippocrate, des préceptes, de la décence, du médecin*, Paris, Imprimerie J.M. Eberhart, 1824, p.31.

⁷⁴⁹ Hippocrate, *Des épidémies*, *Op. cit.*, p.103.

⁷⁵⁰ Le Robert, *Op. cit.*

⁷⁵¹ Hippocrate, *Œuvres complètes*, vol. 9, *Op. cit.*, p.205.

jamais commettre de faux pas, dont les conséquences à plus ou moins long terme pourraient être déléteres.

Revenir aux textes fondateurs n'est pas s'éloigner d'une éthique moderne, ce d'autant que le serment originel débute par la reconnaissance du lecteur envers ses pairs, détenteurs du savoir avant lui. L'ascendance n'est donc pas occultée, mais bien soulignée et révérée. Si la version du Conseil National de l'Ordre des Médecins ne mentionne plus ce paragraphe, le serment est prêté devant des pairs, envers lesquels le doctorant est redevable de la transmission du savoir. Comme l'a souligné Jean Lombard dans son texte sur les sources philosophiques de l'éthique médicale, nous devons énormément « [...] au système de valeurs antique dont le Serment d'Hippocrate est l'emblème [...] »⁷⁵². Se référer au passé pour incarner, utiliser, conjuguer au présent les valeurs, et pouvoir les transposer dans l'avenir, semble être une démarche qui vaille la peine d'être énoncée. Au sein de cette démarche, la dimension de l'utile se doit non seulement de ne pas être oubliée, mais surtout d'être défendue.

A ce titre, la lecture du serment d'Hippocrate est sans doute trop tardive dans le cursus médical. Avant cette lecture, l'apprentissage se décline par entités nosologiques. Mais les valeurs inféodées au(x) soin(s) ne font pas l'objet, en dehors d'enseignement éthique spécifique, de rappels réguliers et encore moins permanents. Ainsi, l'éthique serait en soi une matière à acquérir à part entière, comme dissociée de tout substrat. Or, l'éthique est une démarche profonde, longue qui devrait être intégrée non seulement à chaque cours, mais surtout, quotidiennement, dans la pratique et en pratique. Si l'apport des connaissances est indiscutable, il faut toutefois s'interroger sur ce qui sera utile à l'impétrant qui, le plus souvent, découvre peu ou prou le serment d'Hippocrate le jour de son doctorat. Pour le futur praticien, ce qui lui apparaît utile sont les connaissances acquises lors de ses études. Or, ces connaissances, certes utiles, sont d'abord et surtout indispensables sans pour autant être suffisantes. « *L'activité soignante ne consiste pas à appliquer une science. Cette expression n'a aucun sens parce que la connaissance scientifique est absolument insuffisante pour décider des actions à mener.* »⁷⁵³. L'action dénuée de comportement adapté n'est pas inutile, mais sans doute moins utile que si le comportement, guidé par des valeurs de soins, l'accompagne, la porte. Savoir appliquer des connaissances, raisonner grâce à celles-

⁷⁵² J. Lombard, *Le serment d'Hippocrate et les sources philosophiques de l'éthique médicale*, 2010, écrit le 07/02/2012.

⁷⁵³ A. Froment, *Op. cit.*, p.23.

ci est précieux. Mais ne pas être totalement désarçonné par la situation réelle n'est possible que si les valeurs sont assimilées au fil de l'apprentissage venant générer un socle constitutif.

4.2.2 L'utile au sein des textes officiels

En instaurant le code de conduite et les règles morales à respecter, le code de déontologie régit l'exercice médical depuis 1947. Toutefois, au fil du temps, ce code ordinal a intégré une dimension juridique explicite pouvant donner lieu à des sanctions disciplinaires. En effet, la loi a été explicitement intégrée dans dix-neuf articles du code de déontologie (articles 4, 8, 12, 15, 16, 17, 18, 21, 45, 46, 52, 53, 77, 83, 84, 85, 87, 99, 103)⁷⁵⁴. De plus, depuis la loi du 4 mars 2002, les devoirs des médecins s'avèrent « *subséquents aux droits des malades* »⁷⁵⁵ ; les devoirs des médecins étant issus du code de déontologie. Les ponts entre l'ordinal et le juridique sont donc avérés.

Selon Jean Lombard, le code de déontologie est « *le code de l'interdit et de l'obligatoire* »⁷⁵⁶, *l'interdit* définissant les frontières ou bornes négatives de l'exercice, et *l'obligatoire* le contenu indispensable. Aussi, le code de déontologie ne serait-il pas un code positif, tout du moins pour ce qui est de *l'interdit*, l'ordre dans lequel les qualificatifs sont déclinés étant *a priori* établi à dessein et imprimant à cette vision du code de déontologie une dimension assez restrictive. Au demeurant, cette vision n'est pas sans substrat. En effet, le terme de déontologie est composé du grec ancien *déon*, qui signifie à la fois « *ce qui convient, ce qui est convenable* » ou son contraire « *ce qu'il ne faut pas, ce qui ne convient pas* », et de *logos*, signifiant « *la parole, le discours* ». L'étymologie permet d'appréhender des limites d'ores et déjà fixées entre le convenable et l'inadapté. Apparue en 1823, le mot déontologie est issu de l'ouvrage de Jérémy Bentham « *Essai sur la nomenclature et la classification des principales branches d'Art et Science* ». Dans cet ouvrage Jérémy Bentham l'explicitait ainsi : " L'éthique dicastique, c'est-à-dire censurelle, a pour sujet les différentes actions de la volonté, lorsque l'on veut y attacher une expression d'approbation ou de blâme. L'objet de cette branche est d'indiquer si telle ou telle action doit ou ne doit pas être faite. Il

⁷⁵⁴ Conseil National de l'Ordre des médecins, *La déontologie médicale et son environnement juridique*, Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 19 juin 2004

⁷⁵⁵ *Ibid.*

⁷⁵⁶ J. Lombard, *Le serment d'Hippocrate et les sources philosophiques de l'éthique médicale*, 2010, écrit le 07/02/2012.

n'existe point de dénomination qui lui soit appropriée ; on pourrait lui donner celle de Déontologie. »⁷⁵⁷. Dans cette définition la notion de devoir est explicite - « *doit ou ne doit pas être faite* » -, conforme aux racines grecques, assortie de la notion de jugement mais aussi de sanctions, « *approbation ou blâme* ». Cette extension de la déontologie à des sanctions n'est pas en adéquation avec l'étymologie. Toujours est-il que ce terme de déontologie est passé à la postérité, sans pour autant que son origine ne soit connue de tous, notamment des médecins.

L'éthique et la déontologie ne sont pas en compétition, les champs concernés par chacune d'entre elles étant distincts : « *D'où le sens de la phrase de Pascal : l'éthique doit mobiliser l'intelligence pour affronter la complexité de la vie, du monde de l'éthique elle-même.* »⁷⁵⁸. La déontologie régit l'exercice en tant que tel, en rapport avec des éléments théorisés, l'éthique permet d'affronter la complexité de la vie de façon pratique.

Le code de déontologie (édition avril 2017)⁷⁵⁹ comporte 112 articles, inscrits dans le Code de Santé Publique (sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112), répartis en 5 parties distinctes. Le texte aborde les devoirs des médecins de façon générale (1^{ère} partie) puis ceux envers les personnes et/ou malades (2^{ème} partie soit 24 articles), entre médecins et envers les membres des autres professions de santé (3^{ème} partie), le mode d'exercice (4^{ème} partie), et des dispositions diverses (5^{ème} partie). L'utile, principe majeur selon Hippocrate, peut être perçu, et donc défini, au travers des différents articles du code, sans jamais toutefois être précisément nommé. Le médecin tout au long de la maladie, et donc de la prise en charge, doit délivrer « *une information loyale, claire et appropriée* »⁷⁶⁰ ; l'information étant de fait utile au malade. Ainsi, le médecin est-il au service « *de l'individu et de la santé publique* »⁷⁶¹. Etre au service de l'individu fait écho à la fonction de « *ministre* » - serviteur - définie par Hippocrate⁷⁶², mais aussi à la définition d'Homère du médecin, artisan, « *qui rend service à tous* »⁷⁶³. Dans une certaine mesure, cette notion de service peut conduire à l'utile, mais suppose qu'elle soit décryptée, et surtout, appliquée comme telle. En effet, le service n'est pas

⁷⁵⁷ G. Bentham, *Essai sur la nomenclature et la classification des principales branches d'Art et Science, Ouvrage extrait du Chrestomathia de Jérémy Bentham*, Paris, Ed. Bossange Frères, 1823, p.162.

⁷⁵⁸ E. Morin, *Op. cit.*, p.64.

⁷⁵⁹ Code de déontologie médicale, édition avril 2017.

⁷⁶⁰ Article R.4127-35 du Code de la Santé Publique.

⁷⁶¹ Article R.4127-2 du Code de la Santé Publique.

⁷⁶² Hippocrate, *Des épidémies*, livre I, *Op. cit.*, p.103.

⁷⁶³ Homère, *Odyssée*, XVII, 383-385.

forcément l'utile, mais peut être, par exemple, la dévotion. Etre dévoué n'implique pas, tel un lien de cause à effet, l'émergence obligatoire de l'utile. La dimension de dévotion est clairement affirmée à l'article 32 (article R.4127-32 du Code de Santé Publique)⁷⁶⁴. En effet, le médecin s'engage « à assurer personnellement des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents »⁷⁶⁵ ou « s'il y a lieu, de concours appropriés » pour « élaborer son diagnostic »⁷⁶⁶.

Appartenant parfois à l'ordre moral, le lexique du code de déontologie utilisé cerne le dévouement, qu'il s'agisse de l'engagement personnel, des soins consciencieux (explicitement dévoués). Au demeurant, le texte ne mentionne jamais le terme utile. Même si l'ensemble des articles tend à expliciter la posture à laquelle le médecin doit répondre, toujours au bénéfice de l'individu et/ou du patient, voire du malade. Une analyse de la terminologie entre patient, malade ou individu en fonction des articles du code de déontologie serait d'ailleurs tout à fait pertinente. A un échelon international, la convention d'Oviedo, « Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine »⁷⁶⁷, datant de 1997 ne mentionne pas non plus l'utile.

L'utile s'avère rarement cité *in extenso*. Serait-il jugé désuet, subalterne ou au contraire comme allant de soi ? Est-ce parce que la médecine est considérée comme intrinsèquement utile que ce terme n'apparaît pas ou peu, selon les sources ? Est-ce une raison suffisante pour ne pas (plus) l'énoncer, pour ne pas s'interroger sur son contenu ? Souvent, le simple fait d'être médecin suscite la réflexion suivante : « Au moins, vous êtes utiles... ». Que sous-entend cette remarque car si le contenu de l'utile n'est pas dit mais seulement sous-entendu, il semblerait compris comme allant de soi, au moins pour celui qui prononce cette affirmation ? Ce contenu est-il commun aux interlocuteurs en présence ? Entendent-ils la même chose sous le terme d'utile ?

⁷⁶⁴ Code de déontologie médicale, édition avril 2017.

⁷⁶⁵ Article R.4127-32 du Code de la Santé Publique.

⁷⁶⁶ Article R.4127-33 du Code de la Santé Publique.

⁷⁶⁷ Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine : Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine, 4.IV.1997.

4.3 L'utile en question(s)

4.3.1 Définition de l'utile dans le domaine grammatical

La définition d'utile est « dont l'usage, (l'emploi, la pratique) est ou peut être avantageux (à quelqu'un, une société, l'humanité en général), satisfait un besoin », mais aussi « par analogie, en parlant des personnes, dont l'activité est ou peut être avantageusement mise au service d'autrui »⁷⁶⁸. L'origine étymologique est issue du latin *utilis* dont la traduction en français signifie « qui sert, utile, profitable, avantageux »⁷⁶⁹. Est utile, outil ou personne, objet ou sujet, ce qui est bénéfique à autrui, rend service ; le bénéfice étant un terme issu du commerce ou de l'agriculture, et non spécifique au domaine médical. Au contraire, ce qui est inutile ne présente aucun bénéfice, n'est pas profitable, et n'aboutit à aucune performance. Faut-il en déduire que l'utile ne procède que de la performance, c'est-à-dire de la réussite de ce qui est entrepris ? Tout du moins, est-il permis de s'autoriser à le supposer surtout quand le domaine concerné est celui du soin, et notamment des soins en urgence. Utile caractérise même le temps dans l'expression « *en temps utile* » correspondant au moment approprié, opportun, propice, synonyme du moment venu. Le *temps utile* est le moment, à saisir, permettant le meilleur gain de l'action, voire sa réussite, moment à savoir repérer, l'*Aion*⁷⁷⁰.

Les verbes pouvant être juxtaposés au mot utile, sa conjugaison en quelque sorte, sont principalement les verbes être (« *être utile* »), se rendre (« *se rendre utile* »), ou encore se savoir (« *se savoir utile* »). Si *être utile* peut être employé pour un objet comme pour une personne, *se rendre utile* et *se savoir utile* sont spécifiques de l'humain, supposant de fait l'implication, et plus encore l'engagement. En effet, le verbe *être* indique l'incarnation ou l'implication dans une action, dont le résultat est d'apporter une amélioration perceptible de la tâche à accomplir ou de la situation rencontrée. Le sujet peut être utile soit directement, en lui-même, soit conséquemment à son action. Nul artifice ou médiation possibles : le sujet ou le résultat de l'action permettent de constater, *de facto*, l'utile. *Se rendre utile* ainsi que *se savoir utile* convoque directement le sujet de l'action, d'autant plus qu'il s'agit d'un verbe pronominal, dont le sens peut d'ailleurs être réfléchi et/ou réciproque induisant un sentiment valorisant.

⁷⁶⁸ Le Robert, *Op. cit.*

⁷⁶⁹ F. Gaffiot, Dictionnaire illustré latin-français, p. 1638, Paris, Hachette, 1934.

⁷⁷⁰ Cf. Partie 4.1.1.2.3 : *Aion ou le temps conté*

4.3.2 Utile-objet et utile-sujet

L'utile en tant que substantif ne fait pas partie du langage courant, y compris médical. Toutefois, concevoir ce qui est utile comme substantif à part entière n'est pas incongru, et le transforme en entité mobilisable avec une véritable fonction d'outil. Ce substantif, *l'utile*, n'est pas étranger à notre quotidien, et a notamment alimenté certains débats houleux au XIX^e siècle entre le beau et l'utile dans le domaine des arts⁷⁷¹. Non totalement tombé en désuétude, Pierre Damien Huyghe, professeur à l'université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, a donné en 2011 une conférence à l'Institut Français de la Mode, dont le titre était « *Définir l'utile* »⁷⁷². Son propos concernait le domaine des objets et du service rendu. Le monde de l'entreprise a recours aussi à ce terme concernant la production de médiateurs pour aboutir à l'utile directement, mais aussi par une sorte d'effet boomerang, d'effet réflexif par analogie grammaticale. La médecine a eu recours pour être utile à des techniques, pouvant être assimilés à des médiateurs au sens de support. Mais l'utile requis pour et par les soins ne se cantonne pas à des moyens matériels, le domaine étant éminemment humain.

Ainsi, *l'utile* serait-il au minimum double, pouvant désigner à la fois l'apport d'un objet, d'un outil pour effectuer une tâche, *l'utile-objet*, ou d'un sujet, soit par son contact, soit par son action, *l'utile-sujet*. Certes, l'utile, constaté par ses conséquences, se définit principalement par ses sources, distinctes, entre les objets et les sujets, mais néanmoins complémentaires. Objet ou sujet, cette duplicité de *l'utile* est d'ailleurs énoncée par Paul Valéry : « *L'utile est ce qui répond à la satisfaction des besoins physiologiques des hommes, ce dont la possession affranchit l'homme de quelque sensation de peine, de déficience, de diminution physiquement définie.* »⁷⁷³. *L'utile* est donc tout entier contenu dans le pronom relatif « ce » cité à deux reprises, et désignant clairement pour la notion de possession un ou des objet(s) et pour la satisfaction des besoins physiologiques, un objet ou un sujet. Force est de constater que cette définition de *l'utile* comprend nombre d'éléments caractéristiques des soins, le devoir de satisfaire les besoins physiologiques, mais aussi et surtout, la mission d'apporter un soulagement et, au mieux, l'affranchissement d'un handicap physique ou psychique.

⁷⁷¹ Kelley D., *L'Art : l'harmonie du beau et de l'utile*, Romantisme, Année 1972, volume 2, numéro 5, pp 18-36.

⁷⁷² P.D. Huyghe, *Définir l'utile*, Conférence audio à l'Institut Français de la mode.

⁷⁷³ P. Valéry, *Regards sur le monde actuel*, Stock, Paris, 1931, p.212.

La personne, malade, n'étant pas toujours à même de savoir, de déterminer les solutions potentielles, la charge en incombe aux soignants.

L'utile est donc un moyen permanent intrinsèque aux soins, objet ou sujet, n'appartenant pas dès lors au domaine du superflu et/ou de l'accessoire, mais bien de l'essentiel. Aide ou solution, *l'utile* recouvre à la fois le nécessaire et l'indispensable, dont les frontières peuvent être ténues. Distinguer le nécessaire et l'indispensable dépend de la réponse à la question : « *Puis-je faire autrement ?* ». Si la réponse est négative, alors l'élément désigné est indispensable. En cas de réponse positive, l'élément peut être franchi par un autre moyen et s'avère nécessaire. Selon le contexte, la situation, l'utile pourra appartenir à l'indispensable et/ou au nécessaire, jalonnant les soins et donc le parcours de la personne, mais sera vraisemblablement essentiel.

Si *l'utile* appartient au domaine des soins, les tutelles de la santé l'ont-elles officiellement nommé ? En 2003, dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie, Jean François Mattéi, alors Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées a mandaté une « *commission du service médical rendu* » afin de déterminer « *...ce qui est médicalement utile et ce qui ne l'est pas.* ». La notion d'utile ici ciblée était médicamenteuse, qu'il s'agisse de médicaments à proprement parler ou de dispositifs médicaux implantables. La notion de « *service médical rendu* » ou SMR a alors fait jour avec trois paliers différents : majeur ou important, modéré ou faible, et enfin insuffisant. Cette classification avait, en plus de l'intérêt direct des médicaments, une visée économique : distinguer les thérapeutiques devant être remboursées du fait d'une efficacité prouvée de celles sans preuve avérée, pour lesquelles le remboursement pouvait être suspendu. La démarche s'appuyait sur des données scientifiques permettant d'affirmer l'intérêt des médicaments ou dispositifs étudiés et, ainsi, de leur attribuer la classification idoine. Cet *utile* appartient au domaine de *l'utile-objet*.

Plus récemment, en 2016, Agnès Buzyn, alors directrice de la Haute Autorité de Santé, expliquait se référer à l'utile à des fins décisionnelles : « *À l'INCa, j'ai eu des décisions difficiles à prendre. Et à chaque fois, je me suis dit la même chose : est-ce que cela sera ou non utile aux patients ? Une fois cela en tête, la décision est plus facile.* »⁷⁷⁴. Cette assertion mobilise un *utile* moins distant que celui invoqué par le service médical rendu, plus directement en lien, en prise avec les personnes, malades,

⁷⁷⁴ P. Bienvault, Agnès Buzyn l'humanité en médecine, La Croix, 20/05/2016.

car « *utile aux patients* ». Pour autant, *cet utile* décisionnel n'est ni objet au sens d'outil, ni sujet car ne dépendant pas d'une personne. Toutefois, le cap étant la personne, malade, le rattacher à un *utile-sujet* semble opportun voire idoine. Dans ce même entretien, Agnès Buzyn expose sa vision du rôle de médecin : « *Le rôle d'un médecin n'est pas juste de guérir son malade. C'est aussi de savoir si, par exemple, il a perdu son emploi ou s'il peut encore payer son loyer. Une maladie grave, c'est un accident dans un parcours de vie. Et la mission du soignant, c'est de remettre le patient sur le chemin de son existence. Sans céder à la tentation de se réfugier derrière le seul acte technique.* »⁷⁷⁵. Cette description rattache pleinement la figure médicale à l'*utile-sujet*.

Ainsi, le rôle soignant n'est-il pas uniquement la maladie, stabilisée ou guérie, mais bien au-delà, d'*être utile* à la personne, malade, en la réintégrant au sein de la vie. « *Il en est toujours ainsi : à force de voir la maladie, on oublie le malade. Avec ces recherches trop scrupuleuses et ces examens des symptômes, on glisse à côté de l'essentiel, de ce qui se passe dans l'individu lui-même.* »⁷⁷⁶. L'essentiel est bien là, l'individu auprès duquel il s'agit d'*être utile* ; le contexte de l'urgence venant exacerber cette dimension d'utile de la médecine et, *in fine*, du soignant.

Visite au service porte. Une vieille dame a manifestement fait un accident ischémique transitoire, un AIT selon l'acronyme consacré. La dame relate la perte de la parole, l'incapacité de bouger le membre supérieur droit pendant quelques minutes, puis la récupération. Elle avoue avoir eu très peur, mais se dit rassurée d'être à l'hôpital car tout le monde est « bien » gentil avec elle. Le scanner a été fait dès son arrivée aux Urgences, mais il faut, afin de compléter le bilan, encore réaliser un écho-doppler des vaisseaux du cou ne pouvant avoir lieu que le lendemain. La dame en est informée, acquiesce, comprend. Le senior et l'externe sortent de la chambre. L'externe s'insurge que l'examen ne soit pas disponible.

« *Quand même, c'est pas normal en CHU de ne pas avoir les examens immédiatement.* ».

Le senior demande à l'externe s'il préfère un hôpital où tout est fait immédiatement, mais où le malade n'est pas considéré, ou alors un hôpital où le doppler est différé le lendemain, mais dans lequel les soignants sont gentils et disponibles, attentifs au malade. L'externe répond qu'il préfère la première solution. Le senior interloqué prendra le temps d'expliquer l'importance et l'impact du

⁷⁷⁵ Ibid.

⁷⁷⁶ S. Zweig, *Op. cit.*, p.366.

contact, de l'attention, d'ailleurs énoncés par la vieille dame, au regard du seul fait brut des examens.

Interpeller, solliciter, voire convoquer l'utile concret (*utile-objet* ou *utile-sujet*) pour la personne, malade, incite, oblige à se (re)centrer non sur la seule maladie, mais sur la référence primordiale : la personne. Prendre une décision sans se référer à ce repère d'humanité serait désincarner l'action et la rendre purement, ou exclusivement, mécanique. La technique nue n'est pas suffisante ni pour définir le rôle soignant, ni pour répondre aux besoins de la personne, malade. Si tel était le cas, la technique aurait un intérêt d'autant plus limité, qu'elle n'apparaîtrait que comme répétition mécanique pour le soignant. À une période où l'efficacité, l'efficience, les économies de santé, la tarification à l'activité sont des termes consacrés évaluant - voire sanctionnant - l'exercice médical, et ramenant toujours ce dernier à une dimension financière, ou tout du moins quantifiable sous prétexte d'évaluation(s) objective(s), il semble opportun, pour ne pas se trouver désorienté, de se référer en tant que soignant à sa ressource première : *l'utile*.

Au cours des soins, la question permanente devrait être : « *Que dois-je faire pour être concrètement utile au malade ?* » et non simplement rechercher la résolution d'une énigme diagnostique, fut-elle, au demeurant, passionnante et capitale. La réponse peut contenir la convocation soit de *l'utile-objet* ou de *l'utile-sujet*, mais reste toujours sous l'impulsion du soignant, devenant de fait moteur de l'utile en termes de choix, d'action(s) et donc sujet agissant d'un utile dirigé vers un autre sujet, la personne, malade. Dès lors, l'assertion évoquée initialement « *Vous au moins, vous êtes utiles.* » prend sens et désigne le soignant lui-même. *L'utile-sujet* est encore affirmé, et aussi confirmé, par la dimension temporelle restreinte des soins en urgence. Inscrits dans un temps relativement courts, la prise en charge repose sur le praticien, *utile-sujet*, à part entière.

4.3.3 Utile-appris et utile-découvert

Tout au long de la prise en charge, le soignant doit répondre aux besoins des personnes, malades. Les éléments théoriques enseignés constituent le socle des ressources mobilisables pour agir : un raisonnement médical *pur* avec déclinaison de prises en charge idéales. Cette formation facultaire reçue permet de mener de façon conjointe une démarche diagnostique et thérapeutique, à adapter aux particularités

cliniques de la personne, malade. L'enseignement facultaire puis la lecture de la littérature médicale, les algorithmes décisionnels, les arbres diagnostiques, les protocoles de soins, les *bonnes pratiques* constituent un savoir, une forme de *bibliothèque théorique*, un *utile-appris*. Cette connaissance pourrait être qualifiée sans connotation péjorative d'*in vitro*, ou encore hors sol, car éloignée du terrain. Ce savoir n'est certainement pas à remettre en cause. Mais l'enseignement n'aborde pas le malade *concrètement*, dans sa complexité, sa singularité, lors de la *dialectique soignante*. La théorie, indispensable, étaye la pratique, guide les premiers pas, mais n'est pas, à elle seule, suffisante. « *La théorie se tait ou s'évanouit presque toujours au lit du malade pour céder la place à l'observation et à l'expérience* »⁷⁷⁷. Au fur et à mesure, cette théorie se dissout sans toutefois disparaître, se fond dans un savoir découvert issu de l'expérience, nécessaire.

Le concret s'acquiert au cours des confrontations répétées avec le vivant, *au contact*, via les stages hospitaliers puis l'exercice autonome. Pour exemple, avoir assisté à l'annonce d'une maladie grave n'est pas la même chose que d'avoir à l'annoncer soi-même, surtout en contexte d'urgences. « *Sois certain que toute science de la médecine ne fructifie qu'après une grande habitude et une longue expérience. Une bonne pratique soumise aux principes de l'art et aux voies démonstratives, dépend d'une double approche : une approche scientifique qui s'enseigne, et une approche expérimentale, c'est-à-dire l'acquisition d'un savoir en exerçant sur des cas particuliers. Cette dernière approche ne s'enseigne pas, mais s'acquiert par habitude.* »⁷⁷⁸. Faire fructifier son savoir procède de l'exercice pratique « *sur des cas particuliers* », exercice étayé par la théorie. La duplicité de l'approche, à la fois scientifique et expérimentale, esquisse l'aspect protéiforme de *l'utile*, mêlant un *utile-appris*, issu de connaissances facultaires, et un *utile-découvert*, résultant de l'expérience. « *On passerait toute une longue vie à travailler sans principes que l'on n'apprendrait jamais rien. L'expérience est bien plutôt le fruit des réflexions sur ce qu'on a vu, que le résultat d'une multitude de faits auxquels on n'a pas donné toute l'attention qu'ils méritent.* »⁷⁷⁹. L'*utile-découvert* découle de la réflexion et non de la simple accumulation de faits, dont l'analyse aurait été soit négligée, soit restée lettre morte. « *L'expérience ne produit*

⁷⁷⁷ AMARD, *Association intellectuelle*, t.II, p.389 cité par M. Foucault, *La naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1978, p.121.

⁷⁷⁸ Gentile Da Foligno, *Sur l'art médical "Le commentaire au Canon d'Avicenne."* I, 1,1,1 Daté du début du XIV^{ème} siècle.

⁷⁷⁹ R. d'Argenson, *Mémoires*, Paris, Baudouin frères, 1825, p.173.

aucun fruit, si la réflexion ne la rend pas utile.»⁷⁸⁰. Cet *utile-découvert* appartient au glanage, l'analogie agraire n'étant pas feinte mais bien réelle. Colliger ce qui s'est passé, dans l'interface avec la personne, malade, mais ensuite, le détailler, voire le disséquer, afin de tenter d'en déduire tout élément de geste, d'attitude, de parole dite ou tue, ayant pu certes participer mais surtout aider aux soins.

Dans une addition, teintée de synergie permanente, voire perpétuelle, le temps relie *l'utile-découvert* à *l'utile-appris*. *L'utile-découvert* ne se soustrait pas, ni ne s'accôle à *l'utile-appris* : au contraire, ils se complètent mutuellement, voire se potentialisent. Descartes dans le *Discours de la méthode* livre un constat quelque peu sévère mais sans nul doute juste. « *(Car) je me trouvais embarrassé de tant de doutes et d'erreurs, qu'il me semblait n'avoir fait autre profit, en tâchant de m'instruire, sinon que j'avais découvert de plus en plus mon ignorance.* »⁷⁸¹. La connaissance n'est jamais ni aboutie ni figée, tant elle est immense. *L'utile-appris* est sans fin et peut donner le vertige, mais *l'utile-découvert* rassure car permet un exercice aidé, concrètement.

Le mouvement d'évolution de la connaissance est d'accroître l'apprentissage tant théorique que pratique, sous réserve de s'accorder le temps de l'observation et de la déduction : « [...] *ainsi, en détruisant toutes celles de mes opinions que je jugeais être mal fondées, je faisais diverses observations, et acquérais plusieurs expériences, qui m'ont servi depuis à en établir de plus certaines.* »⁷⁸². Apprendre de l'expérience, mais se nourrir de ces/ses expériences pour fonder de nouvelles connaissances. Car l'expérience est source de progrès, de profit au sens d'acquisitions, dont certaines sont différentes des connaissances apportées par la théorie. L'expérience fait le lit de l'expertise participant au/du savoir, lequel savoir vient nourrir l'expérience puis majorer l'expertise, fournissant de nouveau un savoir, voire un nouveau savoir. Ainsi, savoir réagir face à la réflexion d'une personne, malade, est peu enseigné. Certaines situations rencontrées aux Urgences viennent solliciter violemment notre humanité et heurter nos émotions. Apprendre à réagir face à ses propres émotions se tisse au fil du temps et enseigne un *utile découvert* à même de servir la personne, malade, et soi-même.

⁷⁸⁰ D. A. de Brueys, *Les amusements de la raison*, 1721.

⁷⁸¹ R. Descartes, *Le discours de la méthode*, Saint Amand, Editions 10/18, 1985, p.31.

⁷⁸² *Ibid.*, p.57.

La jeune femme a 32 ans. Neuroglioblastome de haut grade, inopérable au-delà de toutes ressources thérapeutiques. Cela fait plusieurs jours qu'elle est hospitalisée au service porte. Consciente à son arrivée, elle présente un coma profond. Son orientation adaptée serait le service de soins palliatifs, mais la maman s'y oppose, fermement. Alors la discussion a lieu une nouvelle fois. Et la maman exprime son refus de voir sa fille transférée en pareil service.

« Je ne peux capituler. La laisser partir là-bas, c'est signer son arrêt de mort. ».

L'urgentiste comprend, explique, abonde dans le sens de la maman à savoir le non abandon. Mais les soins palliatifs sont adaptés pour être à ses côtés, ne pas la délaisser et, au contraire, l'accompagner dans de meilleures conditions qu'un service parfois agité. Après plus d'une heure de discussion, la maman accepte. Dans la nuit, la jeune femme, en présence de sa sœur, a des convulsions ininterrompues. La sœur de la jeune femme demande la présence de l'urgentiste dans la chambre, le temps d'aller chercher ses parents. L'urgentiste accepte, et ne quitte pas la chambre. Peu de temps après l'arrivée des proches, la jeune femme décède, en présence des siens et de l'urgentiste. Moment d'une extrême densité, difficile à vivre pour l'urgentiste loin de se sentir à la hauteur. La famille sera très reconnaissante et signifiera à quel point la présence du médecin leur a été précieuse.

L'utilité de l'urgentiste est patente dans cette transcription. Ce verbatim illustre un épisode, certes intense, mais dont la portée est décuplée par la perception de l'*utile-découvert*. L'analyse de cette situation a notamment induit chez cet urgentiste une nouvelle attitude : lors de l'accompagnement d'une famille auprès d'un défunt, entrer le premier dans la chambre avait du sens, et permettait aux proches de ne pas être d'emblée exposés à la mort et de percevoir concrètement la présence soignante. Descartes dans le *Discours de la méthode* (6^{ème} partie) indique d'ailleurs « ...*bien qu'il soit vrai que chaque homme est obligé de procurer, autant qu'il est en lui, le bien des autres, et que c'est proprement ne valoir rien que de n'être utile à personne, toutefois il est vrai aussi que nos soins se doivent étendre plus loin que le temps présent...* »⁷⁸³. Descartes énonce plusieurs critères importants. Premièrement, l'obligation de l'Homme, présent pour autrui, est de *procurer* le bien d'autrui sous réserve que le bien lui soit constitutif *autant qu'il est en lui*. Car sans l'altérité, nul échange : « *Supprime*

⁷⁸³ *Ibid.*, p.95.

l'altérité, ce sera l'indistinct et le silence »⁷⁸⁴. Ensuite, Descartes indique que *n'être utile à personne* est synonyme non pas d'absence de valeur mais *ne valoir rien*, ce qui est bien pire. Être inutile réduit l'Homme à une valeur péjorative à un point quasi-extrême puisqu'il s'apparenterait au *rien*, et donc à la négation de lui-même. Enfin, l'*utile* est un soin porté à l'autre tant immédiatement, au temps présent, qu'au-delà, accompagnant dans un temps futur celui/ceux à qui il est bénéfique. Pour Descartes, l'obligation de l'Homme à être utile est donc double : être utile pour autrui, obligation ontologique, mais aussi pour soi-même afin d'éviter la double sanction de ne servir à rien et de ne rien valoir. L'*utile* serait donc simultanément projectif, dirigé vers une personne, malade, dans le cadre des soins, et réflexif, c'est-à-dire envers soi-même.

Dans l'exemple donné ci-avant, l'accompagnement de la défunte et des proches existe à la fois sur l'instant mais aussi bien au-delà. L'*utile-découvert* perdure notamment pour l'urgentiste, *utile-découvert* dont la genèse répond à un « [...] *exercice de l'intelligence dans le traitement d'une situation.* »⁷⁸⁵. En ce sens, l'*utile-découvert* pourrait s'apparenter à la *valuation* telle que définie par John Dewey, à savoir « [...] *des conduites, des comportements, ou des attitudes observables dans des situations données. En aucun cas, une valuation ne se réduit à une représentation ou à un événement purement mental.* »⁷⁸⁶. La *valuation* est générée puis évaluée à distance de l'épisode, afin de déterminer s'il y a lieu de la retenir du fait même son intérêt. « *L'intérêt, [...], n'est ni un sentiment ni un état interne, mais un mode de comportement, une façon d'agir.* »⁷⁸⁷. A ce titre, l'*utile-découvert* procède de l'intérêt, et constitue un entre : « *Ce qui est entre, ce qui unit deux choses par ailleurs éloignées l'une de l'autre.* »⁷⁸⁸. L'*utile-découvert* issu de deux pôles que sont « *l'appréciation immédiate et l'évaluation* »⁷⁸⁹ est capable de relier le soignant à la personne, malade.

« Un homme de 50 ans arrive aux Urgences pour douleur épigastrique persistante avec malaise. Dès son arrivée, l'infirmière organisatrice de l'accueil réalise un électrocardiogramme mettant en évidence un infarctus en cours de constitution dans le territoire inférieur. La chef de clinique appelée pour la lecture

⁷⁸⁴ Plotin, *Ennéades*, V,1.

⁷⁸⁵ J. Dewey, *La formation des valeurs*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, La découverte, 2016, p.9.

⁷⁸⁶ *Ibid.*, p.24.

⁷⁸⁷ *Ibid.*, p.37.

⁷⁸⁸ J. Dewey, *Démocratie et éducation. Introduction à la philosophie de l'éducation*, Paris, Armand Colin, 1975, p.54, cité dans J. Dewey, *La formation des valeurs*, *Op. cit.*, p.37.

⁷⁸⁹ J. Dewey, *La formation des valeurs*, *Op. cit.*, p.28.

du tracé électrique s'occupe du malade : examen clinique, prescriptions, mise en condition, appel du cardiologue pour l'emmener en salle de coronarographie...la procédure « roule »... Le monsieur demande à la chef de clinique ce qui se passe, elle lui explique très clairement et de façon accessible l'infarctus, la nécessité d'aller déboucher l'artère coronarienne à l'origine de la souffrance cardiaque. Et le monsieur demande à voir sa femme en disant que cela l'aiderait beaucoup. La chef de clinique hésite quelque peu, mais répond favorablement à la demande du malade. L'épouse entre en salle de déchocage, écoute ce qui lui est dit, et le couple arrive à sourire. La salle de coronarographie appelle, la chef de clinique dit qu'il faut y aller. L'épouse embrasse son mari, et le brancard démarre. Dans le couloir, le malade convulse du fait d'un trouble du rythme. Le défibrillateur étant en place, le malade reçoit un choc électrique externe, son épouse assistant à l'intégralité de la scène. Le malade est rapidement réinstallé en salle de déchocage, revient à lui, et est emmené en salle de coronarographie. Quelques jours plus tard, après la pose d'un stent, le monsieur rentrera chez lui. ».

Les éléments techniques, indispensables, sont déroulés. La possibilité, nécessaire, pour le monsieur de voir son épouse procède également de l'utile, du souci de l'autre, de cette inquiétude éthique, permanente, profonde au service de l'un-quiétude. Si les missions officielles ne mentionnent pas ce terme de l'utile, l'avoir à l'esprit semble constructif pour ne pas dire impératif. En effet, la course contre la montre qui régit la prise en charge des malades en urgence s'oriente vers des investigations et des thérapeutiques utiles pour le diagnostic, le traitement, mais qu'en est-il du lien, de l'utilité dirigée vers la personne, elle-même, et non destinée à traiter la pathologie l'ayant amené à consulter ? La distinction s'avère primordiale entre la personne, malade, et sa santé. Dans cet exemple, faire entrer l'épouse procédait directement de *l'utile*.

« *Dans la relation médicale, l'autre ne m'aborde pas par son apologie, mais par une plainte. Il n'agresse pas mes préoccupations apologétiques, mais au contraire, me désigne comme utile, comme valant à son regard (c'est-à-dire au regard d'autrui).* »⁷⁹⁰. *L'utile* est uniquement mu par la volonté du soignant, mais sollicité par la personne, malade, et, ici, précisément par le monsieur. Le but est d'apporter un *plus* quant à la situation rencontrée, en vue de s'approprier pleinement les circonstances, de ne pas s'y soustraire. Dans ce cas, *l'utile* est une entité singulière semblant s'extraire du soin

⁷⁹⁰ A. Froment, *Op. cit.*, p.78.

pour venir pourtant le renforcer, l'entourer. Procédant de l'attention, l'intention directrice est d'améliorer les soins. Le praticien doit construire, au cas par cas, mais cette action confère une valeur d'autant plus perceptible qu'elle est dirigée vers l'autre. *L'utile* procède de l'équilibre entre la technique médicale et l'art médical, comme un pont, un trait d'union, un lien. *L'utile* relève d'une *technè* au sens « d'activité dont la méthode est confirmée par l'objet qu'elle produit »⁷⁹¹, mais aussi au sens défini par Aristote « disposition à produire accompagnée de règles »⁷⁹².

4.4 L'utile pour vertu

L'utile procède initialement de l'exigence quant à sa fonction soignante, vis-à-vis de soi-même, de ce premier face-à-face fondateur inhérent à la *dialectique soignante*. Puis, une fois intégré, *l'utile* procède de l'habitude au sens de la vertu morale définie par Aristote : « La vertu a donc deux formes : elle est intellectuelle d'un côté, et de l'autre, morale. Si elle est intellectuelle, c'est en grosse partie à l'enseignement qu'elle doit de naître et de croître. C'est précisément pourquoi elle a besoin d'expérience et de temps. Mais si elle est morale, elle est le fruit de l'habitude. C'est même de là qu'elle tient son nom [en grec, êthikê : « morale »] moyennant une petite modification du mot ethos, [en grec « habitude »]. »⁷⁹³. Dans cette définition de la vertu, Aristote transcrit l'aspect théorique de *l'utile*, *l'utile-appris*, et l'aspect expérientiel, *l'utile-découvert*. La sollicitation de *l'utile-découvert* procède de l'habitude afin de l'insérer comme médiateur entre la personne, malade, et le soignant. Ainsi, être à même de rechercher, ciseler *l'utile* au cas par cas provient de l'habitude, car *l'utile* ne nous est pas donné naturellement uniquement du fait de son appartenance aux vertus morales. Seule l'habitude nous permet d'amener cette vertu à maturité : « [...] ce n'est ni naturellement, ni contre-nature, que nous sont données les vertus. Au contraire, la nature nous a fait pour les recevoir, mais c'est en atteignant notre fin que nous les acquérons, par le moyen de l'habitude. »⁷⁹⁴. Seule l'exigence de l'habitude, autrement dit une pratique répétée, permet d'accéder à l'usage régulier de *l'utile-découvert*.

⁷⁹¹ A. Balansard, *Techne dans les dialogues de Platon, l'empreinte de la sophistique*, Academia Verlag, Sankt Augustin, 2001, p.48.

⁷⁹² Aristote, *Ethique à Nicomaque, Op. cit.*, 1140 a.

⁷⁹³ *Ibid.*, 1103 a 8-19.

⁷⁹⁴ *Ibid.*, 1103 a 19-34.

4.4.1 L'utile convoqué

L'aptitude à percevoir le nécessaire dépassement des connaissances strictes résulte de la *technè* au sens aristotélicien, à savoir la « *disposition à produire accompagnée de règles* »⁷⁹⁵. Comme vu précédemment l'*utile-découvert*, issu de l'expérience analysée, s'apparente à la production d'éléments, de médiateurs, équivalents à de véritables outils, participant largement à la genèse des soins et, par effet réflexif, valorisant celui qui les manie. Car être utile est une reconnaissance de sa propre valeur comme l'indique Descartes : « ...*et que c'est proprement ne valoir rien que de n'être utile à personne...* »⁷⁹⁶. Cette quête de l'*utile* ne peut avoir lieu sans volonté. Car se contenter de l'*utile* intrinsèque à l'acte médical perdrait de son sens, de la dimension d'interaction entre la personne, malade et le soignant, et s'apparenterait à une forme de négation de la personnalité de l'auteur de l'acte soignant. Cette quête extrait le soignant de la posture exécutante, et le transporte au-delà de l'acte simple, engageant encore sa responsabilité, mais cette fois-ci vis-à-vis de lui-même, car il lui faut faire cette démarche active d'analyse de l'expérience pour dénicher l'*utile-découvert*. Enfin, l'usage de l'*utile-découvert* permet de devenir pleinement auteur de l'acte, du fait de l'addition d'éléments issus de sa propre expertise. L'*utile-découvert* devient l'outil utilisé par l'*utile-sujet*. « *Un outil humain est quelque chose de plus qu'un instrument simple (...): c'est un objet façonné, transformé, de manière à pouvoir être utilisé commodément et efficacement pour accomplir un certain genre d'action...les hommes façonnent leurs outils en prévision d'emplois plus ou moins généraux, et par conséquent leur donnent une forme en rapport avec les emplois auxquels ils les destinent.* »⁷⁹⁷. Si dans cette affirmation, Gaston Viaud semble ne s'attacher qu'à l'outil en tant qu'objet, les qualificatifs sont importants : « *supérieur à un simple instrument* » dont la définition (du même auteur) est la suivante « *...intermédiaire entre le sujet qui agit et l'objet sur lequel il agit.* »⁷⁹⁸. L'instrument ici est un intermédiaire entre le sujet agissant et le sujet sur lequel il agit, mais il s'agit bien d'un médiateur en tant que tel. Ce médiateur est d'autant plus important qu'il est issu de la conception du sujet qui agit, lui permettant ainsi de le maîtriser, car adapté à l'emploi voulu, et façonné au fur et à mesure.

⁷⁹⁵ *Ibid.*, II [1140 a].

⁷⁹⁶ R. Descartes, *Op. cit.*, p.95.

⁷⁹⁷ G. Viaud, *L'intelligence*, Paris, PUF, 1971, p.53.

⁷⁹⁸ *Ibid.*, p.52.

L'utile est dès lors un outil pratique déterminé au fur et à mesure de l'expérience de chaque praticien, par habitude. Si *l'utile* n'est pas physiquement palpable, il est outil à part entière et s'apparente à un outil concept à savoir un « ...résumé d'expérience. »⁷⁹⁹. Glanés au fur et à mesure de l'expérience, façonnés selon le retour d'expérience, le praticien conçoit par la pratique même de ces outils faits à sa main, un usage facilité. Outil qui ne vient nullement bousculer la technique médicale, mais bien l'étayer. Avoir recours à un utile médiateur dont le but est de s'adapter aux soins participe à l'assurance du praticien. Ces outils, états de la technique stricte, ont pour but d'entourer la technique et de la rendre moins agressive. Ainsi, le praticien peut-il graduellement se servir de ressource(s) découverte(s) par expérience, et devenant pierre angulaire formelle de sa pratique.

L'utile participe à trouver le chemin vers l'autre, le chemin du soin et non des soins, indépendamment des contingences, pesantes, lesquelles bousculent, entachent la perception qu'ont les soignants de leur action. Ces contraintes viennent polluer les soins, et modifier, voire pervertir, les comportements des soignants. Concevoir son rôle, sa position, ses actions comme utiles, *de facto*, transforment cette ressource en impératif, à même de mettre à distance des éléments satellites n'appartenant pas à la sphère du soin, mais à la contingence. S'en détacher, sans toutefois les ignorer, évite la dénaturation des soins. Cette (re)quête de *l'utile* est un impératif donnant sens et direction, mais évitant également de laisser place au contact abrasif des contingences périphériques. Le terme d'impératif s'entend conformément à la définition donnée par Kant : « *La représentation d'un principe objectif, en tant que ce principe est contraignant pour une volonté, s'appelle un commandement (de la raison), et la formule du commandement s'appelle un IMPÉRATIF.* »⁸⁰⁰. *L'utile* est issu de la raison du soignant, soucieux de ne pas dénaturer le soin, mais bien de (re)trouver la dimension humaine, voire humaniste, y compris en situation d'urgence, alors même que le temps file et que les malades défilent. Critiquer *l'utile* en tant que principe objectif et directeur des soins n'est pas envisageable.

Malgré son ampleur et les difficultés à placer les malades, l'épisode caniculaire de 2003 a été accompagné de mesures à l'échelle de l'hôpital, mais aussi nationale avec le déclenchement du plan blanc. Ces mesures ont permis de dériver la charge des contraintes usuellement dévolues aux personnels des Urgences, et de se concentrer

⁷⁹⁹ Ibid., p.71.

⁸⁰⁰ E. Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Op. cit., p.123.

sur les soins. Les services devaient libérer le maximum de lits afin de pouvoir prendre en charge les malades en provenance des Urgences, sans possibilité de refus. L'interface avec les interlocuteurs était de fait modifiée, unidirectionnelle certes, mais simplifiée. Dans certains hôpitaux, devant l'afflux massif de malades, les médecins non urgentistes sont venus prêter main forte à l'accueil des malades. « (...) *l'œil sur le thermomètre, jusqu'à ce qu'un après-midi les urgences nous appellent descendez, descendez tous, on n'y arrive plus l'apocalypse a commencé. Des brancards partout, dans les couloirs, dans les consultations, dans la salle d'attente, des personnes âgées pour la plupart...(...) des malades fragiles que la chaleur paraissait sur le point d'achever (...) nous avons mis quelqu'un à la porte pour trier les arrivées, choisir entre l'urgent, le très urgent, l'extrêmement urgent (...) tout le monde courait après des fantômes...* »⁸⁰¹. Pourtant issue d'un roman, cette description décrit bien l'activité soutenue, le dépassement perceptible, l'impuissance parfois, l'effroi souvent ayant marqué cet épisode. Au demeurant, si la période fut redoutable, les soins donnés avaient un sens évident, celui de l'urgence : tenter de sauver, faire le possible devant ce qui était par moments impossible, accompagner, simplement, lorsque le salut n'était plus envisageable. Aucun consultant ou presque ne relevait pas de l'urgence. Il n'y avait plus de nécessité de trier, car la presque totalité des malades étaient dans des états critiques. Le circuit court était inexistant. Cet épisode a révélé *l'utile* de chaque soignant, tant il a fallu s'adapter à l'afflux sans pouvoir circonscrire la durée, et inventer des solutions.

La canicule est à présent installée depuis plusieurs jours. Des malades, partout, dans des états graves. Il faut trouver un moyen pour rafraîchir les salles d'examen dont la température n'améliore pas l'état des malades. Le SAMU appelle et émet l'idée de faire livrer de la glace pour réfrigérer une ou deux pièces. Contact est pris avec des professionnels. Chaque jour, un camion vient livrer aux Urgences de la glace en grande quantité, stockée dans des containers placés au milieu d'une pièce pouvant accueillir 4 voire 5 malades. Ainsi, la pièce est rafraîchie. Au milieu du ballet incessant des soignants, un monsieur se tient adossé au mur du fond du couloir, et observe ce qui se passe, sans mot dire. L'urgentiste l'aperçoit, et va le voir. Ce monsieur cherche sa tante âgée, mais n'ose déranger quiconque. Frappé par l'intense activité, il n'a pu, depuis son arrivée, se résoudre à interpeller quelqu'un. L'urgentiste le conduit auprès de sa tante, située dans la pièce fraîche. Le monsieur met la main sur le front de sa tante, inerte, et déclare que si le corps

⁸⁰¹ M. Enard, *Remonter l'Orénoque*, Paris, Babel, Actes Sud, 2016, p.101.

est frais, la tête est chaude et que cela ne lui dit rien qui vaille. Deux heures après son départ, l'urgentiste appellera le monsieur pour lui annoncer le décès de sa tante. Le monsieur remerciera du dévouement des soignants, de leur gentillesse auprès de sa parente.

En dehors des situations exceptionnelles d'une catastrophe, soigner sans avoir la perception d'avoir rendu service minore la relation, la mettant presque en abîme. Réussir à valoriser le parcours de la personne aux Urgences permet de se savoir utile, et conséquemment de se valoriser.

4.4.2 Les conditions de l'utile

L'*utile-découvert* relève de la *technè*. Cet utile, sorte de technique pratique, est issu des interrogations du praticien sur ses expériences, son vécu. A ce jour, il est convenu de parler de *retour d'expérience*, encore dénommé RETEX faisant l'objet de publication officielle⁸⁰². Ce terme serait impropre à l'acquisition de l'*utile-découvert*. En effet, les objectifs de ces retours d'expérience sont balisés : « *partager une vision globale de l'évènement et renforcer les liens entre les partenaires, repérer les points positifs et les capitaliser, identifier les points négatifs et proposer des axes d'amélioration, reconnaître le travail de chacun et faciliter la résilience, valoriser l'expérience acquise pour la gestion des évènements futurs, démultiplier les enseignements tirés et sensibiliser les acteurs potentiels* »⁸⁰³. Si ces axes sont ambitieux et tout à fait légitimes, l'échelle du RETEX est macroscopique, à l'opposé de la dimension presque confidentielle, ou tout du moins personnelle, de l'*utile-découvert*. En effet, l'*utile-découvert* provient de la volition du praticien de colliger les interfaces vécues, et d'en extraire une forme d'enseignement, des atouts pour celles à venir. Cet *utile-découvert* répond à des conditions incontournables, fixées là encore par le seul praticien. Instaurer des conditions d'application donne crédit à l'*utile*, rendant son recours loin d'être hasardeux voire anarchique. L'usage de l'*utile* notamment l'*utile-découvert* s'inscrivant dans la *dialectique soignante*, ces conditions d'application doivent être appropriées à cette dite dialectique sans la dénaturer mais bien en y participant. Si les conditions sont

⁸⁰² Direction générale de la Santé, *Méthodologie de retour d'expériences pour les évènements sanitaires ou à impact sanitaire*, mars 2007.

⁸⁰³ *Ibid.*

communes à la *dialectique* et à l'*utile*, elles deviennent alors parties prenantes, et vecteurs de la *dialectique* vers l'*utile* et inversement.

Les incontournables conditions du recours et de l'application de l'*utile* sont les suivantes : l'inquiétude, la liberté, la prudence, le respect. Le but est ici d'exposer mais également de légitimer le choix de telles conditions. Ces conditions sont des vertus au sens aristotélien : « (...) la vertu est un acte décisionnel qui consiste en une moyenne, fixée relativement à nous. »⁸⁰⁴. Ainsi libellée, la définition ne serait ni exacte, ni idoine car Aristote la complète en indiquant que la vertu s'inscrit dans l'ordre de la perfection et du bien, et en représente le sommet (« extrémité ») : « [...] la vertu est une moyenne. Mais dans l'ordre de la perfection et du bien, elle constitue une extrémité. »⁸⁰⁵. Il faut dès lors intégrer que les conditions ici déclinées sont également une exigence morale du soignant qui s'oblige, aux fins de la *dialectique soignante*, à agir en vue du bien. Cette exigence relève d'une véritable éthique personnelle tant vis-à-vis de l'obligé, le soignant, que vis-à-vis de l'obligataire -le malade-, mais aussi les proches, les autres soignants. Ne pas prendre conscience que la *dialectique soignante* et l'*utile* exigent formellement cette instauration de conditions traduirait non seulement l'ignorance de la relation, mais aussi de la négligence quant à la mission soignante. Or, avoir conscience de l'autre et s'en soucier, implique une condition *sine qua non* : la perception que pour être tout à fait soignant, il faut *être utile*, y compris dans sa façon d'être aux soins, et non pas uniquement dans sa (ses) connaissance(s) des soins. L'ignorance serait inconscience, - « Comment en effet aller jusqu'à s'ignorer soi-même ? »⁸⁰⁶- et inconséquence si on occulte ce que l'on fait, ce que l'on dit, à qui est destinée notre action. L'ignorance serait également synonyme de non consentement de la part des soignants. Or, consentir à exercer au sein des contingences ne doit pas être acte irraisonné, auquel cas l'exercice ne serait pas source de satisfaction. Au contraire, réussir à s'imposer une méthode, des conditions nobles mettant à distance les contingences redonne à la médecine ainsi exercée la dimension d'un art à proprement parler, et s'avère source de plénitude.

L'ordre des conditions énoncées - l'inquiétude, la liberté, la prudence et le respect - est à dessein. Le mouvement premier est l'inquiétude vis-à-vis d'autrui au sens de la sollicitation vraie, du mouvement vers autrui. La première sollicitation provient du visage : « [...] l'accès au visage est d'emblée éthique. C'est lorsque vous voyez un nez,

⁸⁰⁴ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, Op. cit., II [1106 b 33-1107 a 2].

⁸⁰⁵ *Ibid.*, II [1107 a 2-9].

⁸⁰⁶ *Ibid.*, III [1110 b 32- 1111 a 10].

des yeux, un front, un menton, et que vous pouvez les décrire, que vous vous tournez vers autrui comme vers un objet. »⁸⁰⁷. Si l'inquiétude est le mouvement initial, la liberté est indispensable pour s'autoriser une autre voie que l'*utile-appris*. Sans liberté, déroger aux contingences et s'autoriser l'action non dictée par la connaissance théorique devient aléatoire. Toutefois, la prudence vient canaliser cette liberté qui ne doit pas nuire, bien au contraire. Enfin, la règle ultime est le respect absolu procédant du soin.

4.4.2.1 L'inquiétude

Sur le plan formel, l'inquiétude correspond à « l'état de celui qui est inquiet »⁸⁰⁸, c'est-à-dire celui « qui ne peut trouver le repos, la tranquillité »⁸⁰⁹. Cet état d'inquiétude, ayant pour cible l'autre, fait écho et sollicite notre propre humanité. Sans doute cet état d'inquiétude est-il profondément lié à la profession de médecin et devient-il une règle à part entière, car « Nous autres, médecins, nous devons calculer avec l'imprévisible, être prêts à toute éventualité. »⁸¹⁰. L'imprévisibilité laisse le praticien en état d'inquiétude, sur ses gardes en permanence, sans réelle possibilité de trouver le repos.

Toutefois, l'inquiétude ne doit pas être confondue avec la pitié. Selon Jean Jacques Rousseau, la pitié est ainsi définie : « quand la force d'une âme expansive m'identifie avec mon semblable, et que je me sens pour ainsi dire en lui ; c'est pour ne pas souffrir que je ne veux pas qu'il souffre ; je m'intéresse à lui pour l'amour de moi. »⁸¹¹. L'identification avec « mon semblable » allant jusqu'à se sentir « en lui » s'apparente à une véritable fusion. Fusion telle que la volonté du sujet, à ce point proche de l'autre, serait d'éviter de souffrir par son entremise. L'intérêt s'il est porté vers autrui n'aurait en fait pour autre but que soi-même, et non l'amour de l'autre. L'aspect réflexif lié à la pitié est dès lors absolu. Si la pitié est un sentiment et l'inquiétude un état, il existe toutefois une similitude : le mouvement induit vers l'autre. Stefan Zweig a longuement abordé la pitié dans *La pitié dangereuse ou l'impatience du cœur*. Par la voix du Docteur Condor, Stefan Zweig expose les deux types de pitié possibles. « De la pitié - bien ! Mais il y a deux sortes de pitié. L'une, molle et sentimentale, qui n'est en réalité que

⁸⁰⁷ E. Lévinas, *Ethique et infini*, Op. cit., p.79.

⁸⁰⁸ Le Robert, *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Société du nouveau Littré, 1974.

⁸⁰⁹ Le Robert, Op. cit. .

⁸¹⁰ S. Zweig, Op. cit., p.380.

⁸¹¹ J.J. Rousseau, *Emile ou l'éducation*, Paris, Garnier, 1964, p.279.

l'impatience du cœur de se débarrasser le plus vite possible de la pénible émotion qui vous étreint devant la souffrance d'autrui, qui n'est pas du tout la compassion, mais un mouvement instinctif de défense de l'âme contre la souffrance étrangère. Et l'autre, la seule qui compte, la pitié non sentimentale mais créatrice, qui sait ce qu'elle veut et est décidée de tenir jusqu'à l'extrême limite des forces humaines. Ce n'est que quand on va jusqu'au bout, quand on a la patience d'y aller qu'on peut venir en aide aux autres. Ce n'est que quand on se sacrifie et seulement alors ! »⁸¹². Le Docteur Condor énonce clairement l'appartenance de la pitié, dans sa forme molle et sentimentale, à la sphère des sentiments, de l'émotion sollicitée par la souffrance d'autrui. Cette pitié molle est similaire à celle évoquée par Jean Jacques Rousseau. L'autre forme de pitié, créatrice, sollicite les forces humaines jusqu'à leur limite, patience et sacrifice, afin de pouvoir « venir en aide aux autres ». Or, la médecine ne saurait être sacrifice vis-à-vis d'autrui, au risque de se fourvoyer. L'inquiétude soignante, intrinsèque aux soins, ne peut être assimilée à aucune forme de pitié, patiente ou non ; le soignant y perdrait toute objectivité, la juste distance avec le sujet des soins.

L'inquiétude soignante est une attention particulière, un éveil, telle une acuité de perception permanente. Erigée en condition, quel en est le domaine d'application ? Plusieurs axes pourraient être sources d'inquiétude, inquiétude à visée humaine ou non. Seule l'inquiétude ayant pour pôle l'autre est ici instaurée en condition, à savoir un postulat obligeant à se placer en état d'attention, de non repos pour être à l'écoute. Le pôle humain, au sens attractif, comprend la personne, malade, et soi-même. L'inquiétude vis-à-vis de la personne, malade, est en grande partie générée par la responsabilité de celle-ci : avoir non seulement l'autre face à soi, sollicitant à chaque fois notre propre humanité, mais aussi, selon une expression populaire, « avoir sa vie entre les mains ». « « En tant que médecin, je peux être responsable de vies humaines. - Mais pourquoi veux-tu en être responsable ? - Sans doute parce que tout le reste me paraît moins important. ». La responsabilité est une forme particulière de souci, celle qui incombe aux personnes ayant des positions privilégiées ; les médecins ou encore les chefs. »⁸¹³. Avoir le souci de l'autre correspond à la responsabilité, être en inquiétude serait plus important que *tout*. En situation d'urgence, la responsabilité soignante, humaine, est accrue par la notion de risque(s) liée à la nature même des soins. Risque(s) qualitatif(s) synonyme(s) d'erreur(s) signant la densité de l'exercice. Cet aspect qualitatif est potentialisé et majoré par le critère quantitatif, nombre de

⁸¹² S. Zweig, *Op. cit.*, p.256.

⁸¹³ T. Todorov, *Face à l'extrême*, Paris, Essais, Points, 1994, p.28.

personnes à prendre en charge, simultanément, en un même lieu, démultipliant ainsi l'exercice sans emprise possible sur une éventuelle limite numérique.

L'inquiétude pourrait avoir également pour source soi-même. En effet, l'exercice répétitif peut devenir harassant, abrasif et éroder la perception de l'environnement : « [...] *l'aspect mécanique de leurs gestes [...] rend stupide tout ce qui les entoure.* »⁸¹⁴. Même si la trame des journées n'est jamais prévisible, identique, la répétition des prises en charge, leur aspect presque mécanique peut devenir lassant. « *La lassitude est à la fin des actes d'une vie machinale, mais elle inaugure en même temps le mouvement de la conscience.* »⁸¹⁵. Cette lassitude peut devenir mobilisatrice, devenant source d'un mouvement précieux, le « *mouvement de la conscience* », ce qu'il est convenu d'appeler une prise de conscience. Camus indique que ce mouvement est le bon « *Car tout commence par la conscience et ne vaut que par elle.* »⁸¹⁶. Si ce mouvement de conscience a lieu, alors l'inquiétude ne peut être dirigée vis-à-vis de soi-même, mais bien polarisée envers la personne, malade. Toutefois, cette prise de conscience est l'ultime mouvement d'un parcours demandant temps et réflexion.

Face à l'adversité du contexte des Urgences, l'instinct initial est de lutter pour exercer correctement son savoir, l'*utile-appris*, pour apprendre à maîtriser le stress omniprésent, gérer les contraintes périphériques et, *in fine*, progresser. Le temps second est celui de la sensation de maîtrise de l'exercice, où l'inconnu semble réduit. Puis, après un temps d'exercice professionnel *absolu*, uniquement dévolu à l'application de ses connaissances, vient ensuite le temps de la lassitude liée au poids des contraintes, à la sensation d'avoir un exercice répétitif. Cette période, synonyme d'essoufflement, appartient au chemin. Ce passage peut s'avérer fécond sous réserve de ne pas le fuir, de le laisser se développer sans le refréner, de s'y confronter. « *Pourquoi voulez-vous exclure de votre vie souffrances, inquiétudes, pesantes mélancolies dont vous ignorez l'œuvre en vous ? [...] Vous savez bien que vous êtes évolution et que vous ne désirez rien tant vous-même que de vous transformer. [...] Bien plus : vous êtes aussi médecin et c'est à vous-même que vous devez vous confier.* »⁸¹⁷. Ce passage professionnel est âpre, rugueux, difficile à assumer et demande abnégation et ténacité. « *Qu'une chose soit difficile doit nous être une raison*

⁸¹⁴ A. Camus, *Le mythe de Sisyphe*, *Op. cit.*, p.31.

⁸¹⁵ *Ibid.*, p.29.

⁸¹⁶ *Ibid.*, p.29.

⁸¹⁷ R.M. Rilke, *Op. cit.*, p. 81-82.

de plus de nous y tenir. »⁸¹⁸. Mais ce passage appartient au chemin, n'en représentant qu'un milieu sous réserve de vouloir le poursuivre. « *Ce qui compte dans un chemin, ce qui compte dans une ligne, c'est toujours le milieu, pas le début ni la fin. On est toujours au milieu d'un chemin, au milieu de quelque chose.* »⁸¹⁹. Ce milieu peut être la cause d'un nouvel élan, d'une vision différente des soins, la source d'un exercice renouvelé, de l'*utile-découvert* pleinement exploité.

La bascule consiste à éviter l'écueil d'un exercice perçu comme routinier et donc involutif, et à le transformer en exercice transcédé, évolutif. Cette bascule procède du souci déjà évoqué : « *Le simple « souci » est à l'origine de tout.* »⁸²⁰. Peut-être est-ce le moment, selon Camus, où il faut porter le temps alors qu'il nous a, jusqu'à présent, porté. « *De même et pour tous les jours d'une vie sans éclat, le temps nous porte. Mais un moment vient toujours où il faut le porter.* »⁸²¹. Ne pas subir le temps nécessite de l'investir quasi-physiquement, de le percevoir pleinement, de l'assortir d'une exigence personnelle, sorte d'ascendance, afin de trouver le mouvement vers l'autre.

Ce mouvement vers autrui nécessite d'avoir, d'abord, confiance en soi. Sans confiance quant à ses capacités à réaliser la bascule, nulle possibilité d'agir et encore moins de réagir ; la confiance menant à l'action vers autrui. « *La confiance est (en ce sens) un pré-requis essentiel pour agir en société, pour s'engager dans une action significativement orientée vers Autrui.* »⁸²². L'inquiétude est à la fois mouvement de l'un - soi-même - vers l'autre, mais aussi condition engendrant un état particulier, c'est à dire être en alerte permanente vis-à-vis de la personne, malade, dans une intention bienveillante. Condition à la fois absolue et relative. Absolue dans le sens où, sans inquiétude, la rencontre ne pourrait émerger, mais relative car calquée sur l'autre et donc particulière, singulière, subjective. L'inverse de l'inquiétude n'est pas pour le praticien la quiétude. L'inverse serait vraisemblablement le désengagement. L'engagement est une « *attitude qui consiste à assumer pleinement une situation, une action, un état de fait, qui s'oppose aux attitudes de retrait et d'indifférence. Cette conduite est plutôt un style d'existence qu'un acte posé, une façon de se situer vis-à-*

⁸¹⁸ *Ibid.*, p.65.

⁸¹⁹ G. Deleuze, C. Parnet, *Op. cit.*, p.37.

⁸²⁰ A. Camus, *Le mythe de Sisyphe*, *Op. cit.*, p.29.

⁸²¹ *Ibid.*, p.29.

⁸²² M.H. Soulet, *Confiance et capacité d'action, agir en contexte d'inquiétude*, in *Confiance et lien social*, C. Balsa, Fribourg, Res socialis, Academic Press Fribourg, 2005, p.31.

vis des autres et de soi-même et d'accueillir les événements »⁸²³. Sans confrontation tangible, l'inquiétude n'est pas émergente.

Une jeune femme de 27 ans se présente aux Urgences. Arrivée depuis quelques jours en provenance du Mali, elle est hébergée chez son frère. Mais elle tousse, a de la fièvre. Inquiet, son frère a préféré l'amener aux Urgences. La jeune femme a du mal à parler, respire vite (fréquence respiratoire à 32/minute) avec une saturation basse (75%). Du fait de son pays d'origine, l'urgentiste évoque d'emblée une possible infection respiratoire liée à une séropositivité VIH. La jeune femme n'a pas de conjoint, dit qu'elle ne risque rien. Cependant, l'urgentiste lui demande l'autorisation de réaliser une sérologie, car il est inquiet et qu'il faut éliminer cette possibilité. La jeune femme donne son accord mais dit que c'est impossible qu'elle ait « la maladie ». Pourtant, les arguments sont nombreux pour évoquer cette possibilité : le tableau clinique, les paramètres biologiques, l'aspect radiographique. Le résultat de la sérologie est positif. L'annonce est faite à la jeune femme qui ne réagit pas, ne dit plus rien. Le réanimateur est prévenu de cette situation car la gazométrie est préoccupante. La jeune femme est finalement hospitalisée en immunologie.

La garde touche à sa fin ou presque. A 6 heures 30 du matin, l'urgentiste décide de monter voir la jeune femme sans avoir été appelé. La porte de la chambre est ouverte. La jeune femme pleure, son état respiratoire s'est nettement dégradé. Le réanimateur est rappelé mais faute de place la jeune femme est transférée dans un autre hôpital en SAMU. En attendant l'arrivée du SAMU, la jeune femme interroge l'urgentiste sur le pronostic de la maladie, les possibilités de traitement. La discussion est importante. La jeune femme décède quelques heures plus tard.

La motivation de l'urgentiste pour monter voir la jeune femme est liée à l'inquiétude. Inquiétude tant médicale, qu'humaine. Médicale car le tableau clinique était de fait préoccupant, humaine car cette annonce est brutale et remet en cause l'avenir de cette jeune femme. Toutefois, l'autre attitude attenante à l'inquiétude est la liberté, celle de monter voir la jeune femme. Sans liberté, l'inquiétude est stérile, aucun acte n'étant secondaire à la seule inquiétude.

⁸²³ Ladière J., *Engagement*, Paris, Encyclopedia Universalis tome 6, 1970, p.242-45.

4.4.2.2 La liberté

La liberté a-t-elle une place en médecine ? « (Or,) les savoirs pratiques, l'éthique, la politique, la médecine, la navigation, la stratégie, l'économie, n'ont ni l'objet immuable de la science ni l'infinie liberté de l'art. Ils appartiennent à un monde où la liberté est relative, un monde où s'entrecroisent la liberté et la contingence. »⁸²⁴. L'évocation de la médecine est ici placée sous un jour négatif en indiquant certaines de ses limites, entre science et art. Science sans objet immuable, puisque par définition la médecine ne s'occupe pas uniquement du vivant, mais également de l'existant, de l'être humain dans sa complexité, sa singularité. S'il faut alléguer à la médecine un objet, ce serait la maladie. Mais cette liaison objet/maladie ne tient que de façon théorique. En situation, cette association est caduque, car la maladie est non seulement évolutive, mais également portée par un être vivant, et ne peut de fait être assimilée à un objet délié du sujet. La médecine n'est pas identique à l'art jouissant d'une « *infinie liberté* », cette liberté créatrice caractéristique autorisant tous les possibles ou presque. Toutefois, la médecine est souvent comparée, assimilée à un art. Et l'art n'est-il pas lié à la liberté ?

Selon Aristote, la médecine fait partie intégrante de la *phronesis*, à savoir le raisonnement pratique assorti de la sagesse, dont les fondations sont tout à la fois la science et l'expérience. Est-ce dans la capacité à mêler les deux (science et expérience) que réside l'art ? Mélange d'autant plus difficile que la liberté de la médecine apparaît comme relative, (dé)limitée par la contingence, les règles diagnostiques et thérapeutiques. La médecine s'apparenterait-elle à une chimère au sens antique à savoir un animal hybride ? Si tel était le cas, les pattes seraient la science, le corps l'expérience et la tête la *phronesis*. Gil Delannoï n'a pas utilisé l'image de la chimère mais celle, sans doute plus vaste, d'« *un monde où s'entrecroisent la liberté et la contingence* ». Face à la liberté se pose, s'oppose la contingence, d'autant plus imposante qu'elle est le plus souvent plurielle interférant avec l'amplitude de l'exercice, la liberté à pratiquer.

Une pratique sans contrainte, nue telle déclinée par la faculté, est une pratique théorique voire théorisée, où la liberté n'a pas place, tant elle s'avère éloignée du terrain. En faculté, cet exposé théorique est indispensable à l'apprentissage, mais ne peut, à lui seul, permettre de maîtriser l'exercice en situation réelle, la pratique en

⁸²⁴ G. Delannoï, *Eloge de la prudence*, Paris, Pensée Politique et Sciences Sociales, Berg International, 1993, p.22.

immersion. La différence réside entre une pratique théorique telle qu'enseignée, pouvant parfois ressembler à une abstraction, et la mise en situation concrète, lorsque le praticien se trouve confronté à la réalité. Lorsqu'un praticien diagnostique une maladie dont la présentation est copie conforme à l'enseignement, l'expression la plus utilisée est « *comme dans les livres* ». La pratique réelle semble le plus souvent transfigurée au regard de ce qui a été appris. En effet, prendre en charge un infarctus est chose aisée sur le papier. Mais lorsque le diagnostic est difficile et fait avec retard, que le sujet est âgé, qu'il n'y a pas de place pour soigner l'infarctus, la théorie est alors un canevas partiel. Le passage de la théorie à la réalité peut s'avérer délicat à surmonter ; le but étant d'être adapté et efficace. La première étape nécessite d'analyser les paramètres constitutifs et/ou satellites de la situation. La seconde consiste à permettre le soin le meilleur, dans des conditions aussi bonnes que possibles en intégrant les paramètres constitutifs. L'acte de liberté est de savoir s'adapter aux contingences voire même, selon les cas, de les dépasser.

La vieille dame a une maladie de Charcot, une sclérose latérale amyotrophique. Elle vivait en province, mais sa fille est allée la chercher, car elle avait des symptômes inquiétants. Symptômes non élucidés par le médecin traitant qui ne comprenait pas ce qui se passait. Alors, la vieille dame a suivi sa fille près de Paris, et est venue aux Urgences. Après avoir été hospitalisée en neurologie, le diagnostic est établi. Il avait bien été expliqué que « cela » pouvait aller très vite. Quelques semaines plus tard, la vieille dame ne peut plus rester au domicile de sa fille. Elle ne marche plus, a de violentes douleurs dans les membres et cherche son souffle.

La fille est bien au clair avec la suite inéluctable.

- « *Ma mère va mourir rapidement, je le sais. Mais elle voudrait revoir une dernière fois son chien.*
- *Vous savez que c'est interdit dans les hôpitaux.*
- *Je sais, répond la fille. Mais comment faire ?...elle tient tellement à ce chien. »*

L'urgentiste est d'accord avec la fille. Il prend la résolution d'aller voir un à un les membres de l'équipe, afin de leur demander leur avis. Tous approuvent le fait de faire plaisir à la dame, et ce, même si le cadre de proximité s'oppose à la venue de l'animal de compagnie. Mais l'urgentiste, bien conscient que le cadre dit vrai, explique que le chien viendra et qu'il en prend la responsabilité pleine et entière. L'ambiance est tendue, mais le rendez-vous est fixé avec la fille. Il est

convenu qu'elle amène le chien le soir, vers 19h00, afin de minimiser le risque de croiser un administratif.

La vieille dame pleurait de joie en voyant son chien, lequel est resté longtemps à ses côtés. Et puis la vieille dame est décédée la nuit suivante.

Le cadre de proximité a reconnu l'importance de la venue du chien, mais a dit que cela ne se produirait plus jamais parce que c'était interdit.

La venue d'un animal dans le service d'hospitalisation des urgences était totalement inédite. Pourtant, cette possibilité n'a pas été vécue comme une transgression, mais bien comme une initiative, un acte de liberté vrai destiné à la vieille dame.

Dans la *dialectique soignante*, la dimension de liberté semble être l'apanage de la personne, malade : possibilité de choisir son traitement entre plusieurs, liberté du lieu de soin ou du praticien (article 68 du code de déontologie) notamment, pour ne citer que ces deux exemples. La liberté d'agir des soignants, dans le cadre de leur exercice, n'est jamais libellée comme une possibilité issue de leur propre volition. La liberté est toujours assignée à un autre élément : liberté de prescription, d'installation. La liberté de prescription est couverte par l'article 8 du code de déontologie (article R.4127- 8 du code de la santé publique) : « *Dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques.* »⁸²⁵. Énoncée pour la première fois en 1927 par la charge médicale libérale, la liberté d'installation est reprise dans l'article L.162-2 du Code de la Sécurité Sociale : « *Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux* »⁸²⁶. La liberté d'exercice recouvre les conditions de l'exercice, mais non la liberté au sein de la pratique. Un rapport de la commission nationale permanente du Conseil National de l'Ordre des Médecins détaille les éléments regroupés sous cette appellation de liberté

⁸²⁵ Article R.4127-8 du Code de Santé Publique

⁸²⁶ Code de la Sécurité Sociale, code L162-2 créé par décret 85-1353 1985-12-17 art.1 JORF 21 décembre 1985.

d'exercice⁸²⁷. La liberté du soignant en tant que telle ne fait pas l'objet d'une mention spécifique. Est-ce à dire qu'il s'agit d'un prérequis valable pour toute personne n'ayant pas lieu d'être réaffirmée ? Si tel est le cas, il faut alors se référer à la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen dont le premier article, sans doute le plus célèbre, mentionne que « *Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune.* »⁸²⁸. Si cet article fondateur vaut pour chacun, la position soignante face à la personne, malade, semble occulter cette dimension de liberté personnelle propre à chaque soignant. Pourtant, dans le contexte du soin, cette liberté existe et ne devrait pas être négligée (ignorée ?) par les auteurs de soins. Néanmoins, le recours à la liberté, en matière de soins, suppose un déclencheur, un *primum movens*, celui de l'inquiétude. L'inquiétude induit le mouvement vers l'autre, mouvement pouvant convoquer, le cas échéant, la liberté.

Toutefois, la liberté ne saurait être exercée sans prudence. « *Toute liberté suppose une incertitude initiale où réside le véritable enjeu de la prudence.* »⁸²⁹. La prudence participe à la liberté, la liberté relaie la prudence ce d'autant que l'incertitude réside dans la non connaissance de l'autre envers lequel a lieu le mouvement lié à l'inquiétude. La finalité de l'acte est indiscutable, apporter du soin, des soins, mais le chemin, certes sous l'emprise de la liberté du soignant, est à déterminer et à concevoir avec le consentement du malade.

4.4.2.3 La prudence

Il nous faut d'abord définir le terme de prudence. Issu du latin *prudentia*, la définition retenue dès le XVI^e siècle signifie « *attitude d'esprit, qualité de celui qui, réfléchissant à la portée et aux conséquences de ses actes, prend ses dispositions pour éviter des erreurs, des fautes, des malheurs possibles, s'abstient de tout ce qu'il croit pouvoir être source de dommage.* »⁸³⁰. Ainsi, la prudence serait-elle une capacité à anticiper, une sorte de retenue pour celui qui agit et qui, par prudence, s'applique à mesurer les conséquences néfastes, délétères de ses actes. La prudence n'est en rien de la

⁸²⁷ Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 14 juin 2003, *Liberté d'installation, liberté d'exercice, quelle médecine pour quels médecins ?*

⁸²⁸ Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen de 1789

⁸²⁹ G. Delannoï, *Op. cit.*, p.11.

⁸³⁰ Le Robert, *Op. cit.*

méfiance, mais plutôt une recherche perpétuelle du *savoir agir*, mais aussi du *savoir être*, pour éviter d'éventuels résultats préjudiciables. La prudence est issue du concept grec « *phronesis* » : la juste mesure, la prudence. Ce terme *phronesis*, de grande amplitude, recouvre plus que la prudence, car c'est « ...une connaissance de l'action et une connaissance pour l'action »⁸³¹ d'où la notion de sagesse pratique. La prudence fait partie intégrante de la *phronesis*, mais n'en représente pas la totalité. La prudence correspond à « [...] un art de conjecturer sur le contingent et le possible dans une situation donnée. »⁸³².

La prudence est contextuelle consistant à analyser en permanence la situation afin de minorer, voire de résoudre, les incertitudes de l'action, et tenter ainsi d'aboutir à ce qui est bien pour l'Homme. Sorte de direction, la prudence est une délibération décisionnelle appartenant pour les grecs anciens au monde des vertus. Vertu suprême pour Epicure, garante de vie agréable : « [...] le principe de tout cela et par conséquent le plus grand des biens, c'est la prudence. Il faut donc la mettre au-dessus de la philosophie même, puisqu'elle est la source de toutes les vertus, en nous enseignant qu'il n'y a pas moyen de vivre agréablement si l'on ne vit avec prudence, honnêteté et justice, si l'on ne vit agréablement. Les vertus, en effet, sont connaturelles à la vie agréable, et, inversement, la vie agréable en est inséparable. »⁸³³. Epicure décrit une vie agréable au moyen de l'usage de la prudence, car celle-ci permet de toujours s'orienter en raisonnant en permanence par rapport au contexte. Analyser la situation permet de prendre sage décision, laquelle rend la vie agréable. Il existerait même selon Epicure un cycle vertueux, entre prudence et vie, généré par le recours à la prudence.

Vertu intellectuelle pour Aristote, la prudence s'enseigne mais nécessite du temps et de l'expérience. « La vertu a (donc) deux formes : elle est intellectuelle d'un côté, et de l'autre, morale. Si elle est intellectuelle, c'est en grosse partie à l'enseignement qu'elle doit de naître et de croître. C'est précisément parce qu'elle a besoin d'expérience et de temps. »⁸³⁴. La prudence est une permanence temporelle nourrie de l'action précédente, passée, pour s'appliquer à l'action à venir, future. Et Aristote de décrire lui aussi une circularité vertueuse : « L'avènement, la croissance et la disparition des vertus viennent, certes, des mêmes actions et sont l'effet des mêmes

⁸³¹ G. Delannoï, *Op. cit.*, p.20.

⁸³² Granjon M.C, *La prudence d'Aristote : histoire et pérégrinations d'un concept*, Revue française de science politique, 49^{ème} année, n°1, 1999, p.137-146.

⁸³³ Epicure, *Lettre à Ménécée*, [141-148].

⁸³⁴ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, *Op. cit.*, II [1103 a 8-19].

actions, mais les actes qui les manifestent vont, eux aussi, résider dans les mêmes actions. »⁸³⁵. Toute vertu induirait des effets, lesquels requièrent l'usage des dites vertus à leur origine. La vertu appellerait la vertu.

L'enseignement permet d'apprendre comment se comporter, exercer de façon à effectuer ce qu'il y a de mieux. Le choix des actions s'articule autour de « ...trois choses, (...), qui entrent en ligne de compte (...) : le beau, l'utile et l'agréable. »⁸³⁶. L'action est ainsi déterminée par anticipation en escomptant un résultat (beau, utile ou agréable), lequel viendra secondairement déterminer le choix de l'action à conduire pour obtenir ce même type de conséquence, la satisfaction étant d'avoir obtenu pareille(s) conséquence(s). Issu de l'expérimentation répétée, l'enseignement, sera d'avoir compris comment mener l'action, comment se comporter pour arriver aux mêmes fins. En ce qui concerne notre sujet, *l'utile* est une vertu intellectuelle, issue de l'expérience, permettant d'acquérir une somme de connaissances. La prudence, située entre le défaut et l'excès car déterminée par la raison droite, sera d'avoir compris comment obtenir un résultat bénéfique via le recours à *l'utile* avant, au cours, au cœur de l'acte médical. Mais il faut que « *l'agent les (les actes) exécute dans un certain état : d'abord, il doit savoir ce qu'il exécute ; ensuite, le décider et, ce faisant, vouloir les actes qu'il accomplit pour eux-mêmes, enfin, troisièmement, agir dans une disposition ferme et inébranlable.* »⁸³⁷. Le recours à *l'utile* est décidé, maîtrisé, appliqué et ne peut être improvisé, balbutié, abandonné.

De plus, Aristote explique que la vertu, comme la technique se déploie « ...sur le terrain le plus difficile car le succès est plus méritoire sur ce terrain-là. »⁸³⁸. La médecine d'urgence est par définition un terrain difficile car source d'inconnues, de contingences que seule une maîtrise importante assortie d'une vigilance permanente permettent de tenir à distance. La prudence par rapport à *l'utile* est une règle de délibération sur ce qui peut être autrement car « (...), nul ne délibère des choses qui ne peuvent être autrement. »⁸³⁹. Les « affaires de médecine »⁸⁴⁰, précise Aristote, sont soumises à la délibération. Or, le soignant occupé à ces délibérations médicales doit également s'interroger sur un élément qui peut être autrement et dont il décide : son propre comportement. Car la délibération porte également sur les moyens, dont le soignant,

⁸³⁵ *Ibid.*, II [1104 a 29-b 8].

⁸³⁶ *Ibid.*, II [1104 b 24-1105 a 7].

⁸³⁷ Aristote, *Ethique à Nicomaque, Op. cit.*, II [1105 a 23-b 5].

⁸³⁸ *Ibid.*, II [1105 a 7-23].

⁸³⁹ *Ibid.*, VI [1139 a 2-14].

⁸⁴⁰ *Ibid.*, III [1112 a 25-b 5].

et non uniquement sur la finalité de l'acte médical. L'attitude soignante doit donc faire l'objet de délibération personnelle afin de réfléchir, sous le joug de la prudence - moyenne située entre défaut et excès, habileté du vertueux⁸⁴¹ - à la façon de se comporter, de dire ou de taire. Car, la prudence est une condition de l'*ethos*. La prudence n'est pas productrice, mais tutrice afin de déterminer comment décider, comment se comporter.

Une jeune femme se présente aux Urgences pour douleurs lombaires. Dans ses antécédents, un cancer du sein traité voilà 6 ans et pour lequel elle est toujours suivie. L'urgentiste examine la dame, et lui demande de se rendre en radiologie pour faire des clichés du rachis lombaire. En lui tendant le carton, il dit :

- « Vous allez faire des radiographies pour savoir s'il y a des métastases de votre cancer, qui seraient responsables des douleurs. ».

Le carton de radiographie saisi par la dame tremble tout comme la voix qui répond :

- « Très bien docteur, à tout à l'heure. ».

La dame n'avait pas de métastase et l'urgentiste, confus, s'est excusé d'avoir dit cela.

L'urgentiste n'a vraisemblablement pas suffisamment réfléchi ni à ses propos sentencieux, ni à son comportement, peu adapté. Son discours était celui de l'excès (tout du moins dans une logique médicale). Le raisonnement et le discours de défaut auraient pu être de ne pas évoquer le lien entre douleurs lombaires et cancer, de différer les radiographies et de les faire en ambulatoire. La prudence entre les deux extrêmes aurait permis d'énoncer que les radiographies allaient permettre de rechercher la cause de ses douleurs. Dans cet exemple, *l'utile* réside dans le dire, la formulation choisie pour légitimer l'examen, mais aussi dans le taire, le fait de ne pas rapprocher douleurs/cancer/métastases. Nulle ellipse, pourtant. Juste *l'utile*...pour l'autre.

L'homme est sans domicile fixe. Il semble hagard, perdu. Amené par les pompiers, il n'est pas capable d'exprimer ce qui lui arrive. Le motif noté sur la fiche de transmission est « vomissements sanglants ». Rapidement, le malade est déshabillé quand d'un seul coup, il vomit du sang, par flots, et s'agite. Il ne semble pas entendre les injonctions des soignants :

⁸⁴¹ P. Aubenque, *La prudence chez Aristote*, Paris, Quadrige, Puf, 2014, p.61.

- « Monsieur, il va falloir vous poser une perfusion et un petit tuyau qui ira dans votre estomac. Pour cela, il va falloir nous aider en avalant le tuyau quand je vous le demanderai. Avez-vous compris ? ».

Nulle réponse, l'homme regarde autour de lui...perdu. Et les vomissements recommencent de plus belle. Il faut intervenir, vite. Mais, l'homme secoue la tête lorsque l'infirmière lui demande d'avalier, et arrache la sonde. La situation se dégrade : la tension artérielle est trop basse, la fréquence cardiaque trop haute. Malgré toutes les explications des soignants, leur persévérance, le malade ne participe pas, sans doute en partie du fait de l'hémorragie digestive active. Pire, il crache maintenant aux visages des soignants venus plus nombreux pour aider. D'un seul coup, le médecin urgentiste s'exclame « ça suffit ! ». Aidés par d'autres soignants, le médecin saisit fortement les mains du monsieur, les plaque contre le brancard, et les gestes s'enchaînent, précis, rapides. Mains tenues, le monsieur se laisse finalement faire, la sonde nasogastrique est en place et une seconde voie veineuse est accessible. Des culots globulaires sont commandés en vue de le transfuser rapidement.

Une fois le monsieur en réanimation, l'urgentiste arrive à verbaliser auprès de l'équipe que son geste n'était pas « bon », le jugeant trop brutal, inadapté. Nombre de membres de l'équipe rétorqueront que les conditions ne permettaient pas de faire autrement. L'urgentiste ne sera pas convaincu, regrettant d'avoir eu recours à pareille attitude.

Contrairement à la perception et/ou l'analyse de l'urgentiste, la prudence dans ce contexte consistait, du fait même de l'urgence, à positionner la finalité de la prise en charge, et non seulement le mode de cheminement jusqu'à son issue. Pour cela, les gestes devenaient impératifs, ce d'autant que l'attitude du monsieur pouvait être due à l'hémorragie en elle-même. Considérer son geste comme brutal peut être analyse légitime. Toutefois, si la décision de l'urgentiste semble surgir sans avoir été mûrie, elle est justement guidée par la prudence. Cette réaction, « *ce jaillissement de la décision donne lieu à une sorte de « cri spontané » [...].* »⁸⁴², et est teintée par l'émotion liée au contexte. Pourtant la décision de l'urgentiste est prudente : le défaut aurait été de ne rien faire, l'excès d'attacher le monsieur voire de le sédater partiellement.

Ces exemples illustrent sciemment des gestes utiles sur le plan médical, relevant de la compétence du praticien, pour mettre en relief de façon patente les conditions et

⁸⁴² A. Berthoz, *La décision*, Paris, Odile Jacob science, 2003, p.72.

leur application. Toutefois, la prudence ne semble pas sollicitée sciemment, conférant à *l'utile* une irruption hasardeuse et donc une connotation négative. L'absence de prudence consciente ne permet pas sa pleine exploitation.

4.4.2.4 Le respect

Plus que pour tout autre type de relation, le respect, prérequis relationnel, est indispensable à la *dialectique soignante*, et à l'émergence de *l'utile*. La position de vulnérabilité dans laquelle se trouve la personne, malade, convoque de fait le respect. Etymologiquement, le mot respect provient du latin *respectus* qui signifie « *action de regarder en arrière* », « *fait de prendre en considération, égard* »⁸⁴³. Cette définition exprime un mouvement suspensif, initial, suivi du regard *en arrière*, et donc du retournement à l'intention d'autrui, signifiant une considération accrue. Pour respecter l'autre, l'arrêt est requis afin de lui accorder de l'*égard*, à savoir « *veiller sur, avoir soin* »⁸⁴⁴. Le respect comporte donc, contient, intentionnalité bienveillante et attention vis-à-vis d'autrui, éléments intrinsèques des soins résolument nécessaires à ce contact avec l'intime. Aujourd'hui, la notion de respect n'a pas explicitement retenu le mouvement de regard en arrière pourtant contenu par l'origine étymologique.

Le respect est une capacité, une caractéristique mythologiquement dévolue à l'Homme. En effet, dans le mythe de Prométhée, la distribution des capacités entre les espèces vivantes s'avère désastreuse. Epiméthée - *celui qui pense après* - a laissé « *l'homme nu, sans chaussures, sans couverture, sans armes* »⁸⁴⁵, ayant doté les autres espèces vivantes de moyens de défense appropriés. Prométhée - *celui qui pense avant* -, frère d'Epiméthée, va tenter de corriger les erreurs commises. Aussi va-t-il aller dérober le feu à Héphaïstos, et le savoir technique à Athéna. Mais, dépourvu de l'art politique, l'Homme ne peut vivre avec son prochain. Obligé d'intervenir, Zeus mandate Hermès de donner aux Hommes « *aidôs* » et « *dike* » afin qu'ils puissent vivre ensemble. La consigne de Zeus est explicite : mettre « [...] *à mort, comme un fléau de la cité, l'homme qui se montre incapable de prendre part à aidôs et dike* ». ⁸⁴⁶ Si la traduction de *dike* semble être la justice, celle de l'*aidôs* est plus difficile, car polysémique. *Aidôs* signifie tout à la fois la honte, le respect, la déférence, les égards,

⁸⁴³ Le Robert, *Op. cit.*

⁸⁴⁴ Le Robert, *Op. cit.*

⁸⁴⁵ Platon, *Protagoras*, *Op. cit.*, 321c, p.85.

⁸⁴⁶ *Ibid.*, 321c, p.85.

la pitié, la miséricorde, la convenance, la bienséance, la loyauté, la solidarité, le civisme... Jean Alric regroupe ces sens multiples sous l'appellation de *pudeur grecque* - pouvant être entendue comme la pudeur des sentiments - en montrant qu'il existe une dualité permanente au sein de ce terme⁸⁴⁷. Jean Alric n'a pas usité le terme d'oxymore pour l'*aidôs*, car la pudeur grecque est synonyme de véritables tensions internes, plus que de contraires appariés. Malgré la polysémie d'*aidôs*, le terme de respect peut être retenu comme traduction adaptée. Le mythe de Prométhée décrit la dimension absolue et fondatrice du respect. Sans respect, point de communauté possible et donc envisageable. Véritable preuve d'exigence, voire d'intelligence, le respect génère ordre et stabilité, permettant aux Hommes de vivre ensemble, et pouvant s'apparenter à une véritable loi.

Le respect courant, commun peut être assimilé aux « *respects d'établissement* » décrits par Pascal dans le *Deuxième discours sur la condition des grands*⁸⁴⁸. Ces *respects d'établissement*, liés aux grandeurs du même nom sont d'abord un signe de reconnaissance extérieure donnant lieu à certains usages. « *Aux grandeurs d'établissement, nous (leur) devons des respects d'établissement, c'est-à-dire certaines cérémonies extérieures qui doivent être accompagnées, selon la raison, d'une reconnaissance intérieure de la justice de cet ordre, mais qui ne nous font pas concevoir quelque qualité réelle en ceux que nous honorons de la sorte.* »⁸⁴⁹. Variables selon la « *fantaisie des hommes* », les grandeurs d'établissement sont justes, et donc légitimes, car « *il est injuste de [la] troubler* ». Mais les *grandeurs d'établissement*, pour voyantes qu'elles soient, ne signifient pas la reconnaissance intérieure, ou « *respects naturels* » synonymes de qualité effective. Car le respect naturel équivaut à l'estime, c'est-à-dire au mouvement spontané, non imposé, de reconnaissance de l'un envers l'autre. Le qualificatif d'établissement est une façade, celui de naturel lié au jugement propre à chacun. En matière de soins, le respect d'établissement et le respect naturel coexistent, l'un par usage, l'autre comme reconnaissance de la vulnérabilité.

Dans le cadre de la *dialectique soignante*, le respect s'avère impératif afin de permettre l'établissement de la relation (au sens du lien à l'autre), relation devant s'inscrire dans les convenances sociales, les *grandeurs d'établissement*. Ce premier contact doit être celui de la distance relative, garde-fou d'une proximité immédiate

⁸⁴⁷ Alric J. *Aidos, la pudeur grecque*. Revue Mauss 2000, n°15, p.150-164.

⁸⁴⁸ B. Pascal, *Deuxième discours sur la condition des grands. Grandeurs naturelles, grandeurs d'établissement*.

⁸⁴⁹ *Ibid.*

délétère, permettant l'instauration d'un espace d'appréhension respectueuse, et la prise en considération globale et mutuelle des personnes en présence. Cette juste distance, au sens littéral, autorise la mise en perspective des êtres les uns par rapport aux autres, les uns vis-à-vis des autres. Respecter l'autre, c'est le reconnaître en tant que sujet à part entière. L'absence de respect correspond à la non considération d'autrui, et de fait à sa réfutation, sa négation ne serait-ce que partielle, car « *Le respect ne s'adresse jamais qu'à des personnes, en aucun cas à des choses.* »⁸⁵⁰.

Une attitude dénuée de respect génère -implicitement et/ou explicitement selon les configurations- une violence plus ou moins latente. En effet, l'absence de respect est synonyme d'humiliation, voire de négation de l'humanité d'autrui aboutissant *in fine* à sa réification. Kant a défini la nécessité de la considération d'autrui dans l'*impératif pratique* : « *Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre toujours en même temps comme une fin, et jamais simplement comme un moyen.* »⁸⁵¹. Si cet impératif s'entend le plus souvent comme la précaution à traiter autrui par celui qui agit, l'humanité est commune. Cette symétrie induit un respect dû à autrui, et par effet réflexif, dû à soi-même. Cette action (« *Agis de telle sorte...* ») découle de façon obligatoire de l'*impératif catégorique* : « *Agis uniquement d'après la maxime qui fait que tu peux vouloir en même temps qu'elle devienne une loi universelle.* »⁸⁵². Issu de la volonté, le respect a valeur d'universalité.

A la fois devoir et droit, le respect prévaut à la rencontre tant pour autrui que pour soi-même, relevant simultanément du don et de la bienveillance. Conjointement devoir selon l'impératif catégorique et par l'établissement des conventions sociales, et don, « *de nature* », tel que défini par Pascal, dans le cadre du soin du fait de la vulnérabilité concomitante. A la fois droit, conformément à l'impératif pratique, et marque de bienveillance : respecter la personne, malade, lui confère d'abord une dimension de personne dans sa dimension humaine sans la réduire, la cantonner à sa position de malade. Le respect appartient aux soins, les génère, les rend possibles. Qu'il s'agisse d'une vertu pour Platon ou du sentiment moral pour Kant, le respect est symboliquement une ouverture par le soignant à destination de la personne à soigner,

⁸⁵⁰ E. Kant. *Critique de la raison pratique*, Op. cit., p.111.

⁸⁵¹ E. Kant. *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Op. cit., p. 150.

⁸⁵² *Ibid.*, p. 136.

un laisser-passer. Sans respect, l'utile ne peut avoir place, soit parce qu'il n'aura pas lieu, soit parce qu'il ne sera pas perçu.

Thérèse est une jeune femme handicapée. Abandonnée aux Urgences par sa famille d'accueil, elle est perdue. En unité d'hospitalisation de courte durée, l'historique est retracé sur plusieurs jours. Thérèse était exploitée par la famille, sa rente a été utilisée pour des achats qui ne lui étaient pas destinés. Thérèse faisait le ménage, les courses, sortait le chien mais peu à peu la fatigue est apparue avec l'âge, et Thérèse faisait de moins en moins, expliquant le rejet par ceux qui jusqu'alors l'hébergeaient. La famille d'accueil l'a amenée un soir aux Urgences, en justifiant leur geste par l'absence de papier officiel la rattachant à leur foyer, élément véridique. Thérèse a très rapidement intégré les équipes, aidé à débarrasser les plateaux de façon spontanée. Tout au long de son séjour, il a fallu veiller à ce que la familiarité progressive des soignants vis-à-vis d'elle ne prenne pas le pas sur le respect de cette femme encore jeune. A savoir, maintenir le vouvoiement, ne pas la rabrouer, ne pas la considérer comme une enfant. Une place en maison d'accueil spécialisée sera finalement trouvée, et deux membres de l'équipe, l'assistante sociale et l'un des urgentistes, accompagneront Thérèse pour l'entretien, puis l'intégration, et iront encore à d'autres occasions lui rendre visite.

Dans cet exemple, la place du respect est primordiale, car le handicap de cette jeune femme et sa situation d'abandon auraient pu inciter les soignants à ne pas la vouvoyer, à s'autoriser quelques familiarités. Or, il n'en a rien été, et ce, malgré la durée de son séjour de plusieurs semaines. Par ailleurs, le respect a permis de rester attentif à l'évolution clinique et à ne pas sortir du soin.

Cette rencontre synthétise les conditions de l'utile, lesquelles existent et perdurent tout au long de la prise en charge. Si l'urgentiste est en soi un exemple d'utile-sujet, chaque membre de l'équipe a participé pleinement à la prise en charge, et ce pendant quelques semaines avant le placement. Le fait de retourner voir la jeune femme montre la profondeur de l'inquiétude, de la liberté, de la prudence et du respect.

4.5 La renverse ou l'émergence de l'*impératif utile*

« Ai-je fait acte utile à la communauté ? Je me suis donc rendu service à moi-même.
Aie toujours et en toute occasion cette maxime à ta portée, et ne t'en dépossède jamais. »
Marc Aurèle, *Pensées pour moi-même*, Livre XI, pensée IV, Paris, GFlammarion, 1992, p.156.

La lecture du serment d'Hippocrate autorise de façon officielle un exercice professionnel pleinement responsable, (censé être) autonome. Pour autant, la pratique débutante, la mise en situation de façon directe peuvent être déroutantes, abrasives, chaque étape de la prise en charge pouvant induire hésitations, interrogations ou doutes. Tout peut être sujet à caution, devenir questionnement... Les hypothèses émises sont-elles adaptées ? L'examen demandé est-il bien le plus pertinent en pareille situation ? Le traitement antibiotique probabiliste doit-il être complété ?... La préoccupation principale est orientée vers la maladie, la capacité à la débusquer, la nommer, la traiter. Cette polarisation sur la (seule) maladie sollicite l'*utile-appris*, la technique, véritables socles pouvant pourtant paraître bien frêles lors de la confrontation responsable à la personne, malade. En effet, la pratique médicale autonome, *in vivo*, éprouve concrètement les limites des connaissances théoriques, de l'*utile-appris*, avec la flagrante perception de devoir nécessairement perpétuer l'apprentissage afin de le compléter, l'accroître. Descartes dans son *Discours de la méthode* évoque cette difficulté de la médecine : « ...celle qui est maintenant en usage, contient peu de choses dont l'utilité soit si remarquable ; mais, sans que j'aie aucun dessein de la mépriser, je m'assure qu'il n'y a personne, même de ceux qui en font profession, qui n'avoue que tout ce qu'on y sait n'est presque rien à comparaison de ce qui reste à y savoir... »⁸⁵³. Descartes évoque « ce qui reste à y savoir » et non à en savoir, constat se rapportant vraisemblablement à l'état des connaissances au XVII^e siècle, mais pouvant laisser supposer que la pratique contient en son sein d'autres connaissances à puiser.

L'autonomie de l'exercice n'existe donc pas d'emblée, de façon absolue, réelle, permanente, mais se construit graduellement, s'apprend, s'apprivoise. Le temps permet à la fois l'affirmation et la maîtrise progressives de l'*utile-appris*, générant assurance et confiance en soi, mais aussi l'accumulation numérique d'expériences, de

⁸⁵³ R. Descartes, *Op. cit.*, p.91.

façon presque mécanique, du fait des consultations successives. « *Nous devrions concevoir la pratique comme le seul moyen (autre que par accident) de faire que ce que l'on juge honorable, admirable, recevable puisse être maintenu au niveau de l'existence concrète susceptible d'expérience.* »⁸⁵⁴. Ainsi, la pratique est-elle synonyme « *d'existence concrète susceptible d'expérience* », sous réserve de lui octroyer ce statut, de l'investir comme telle, et de la conduire dans un second temps vers une analyse circonstanciée. Ces expériences accumulées au cours de *l'existence concrète* déclenchent l'ouverture de la focale (qui n'est plus uniquement dédiée à la maladie), la maîtrise de la technique, la recherche de l'assurance en ses propres compétences, la découverte de ses réactions. L'intérêt s'élargit pour se compléter par l'expérience, source valeureuse d'apprentissage.

Alors s'opère une sorte de *renverse*, à savoir la capacité à s'interroger sur son mode d'exercice, et non plus sur sa capacité à exercer. Le prisme évolue, de la résolution d'une énigme, la maladie, à la rencontre vraie avec la personne, malade, puis à l'analyse de cette interface. La polarité de ressemblance - celle consacrée aux bénéficiaires des soins, aux personnes, malades - complète la polarité technique, telle une ouverture de focale, de champ. Forme de bascule, cette renverse aboutit à la substitution d'une gestion unidirectionnelle, celle de la maladie, à l'un-directionnel : la considération globale de la personne, malade. Au demeurant, pour pouvoir effectuer cette renverse, la démarche doit quitter la seule déclinaison de la rhétorique apprise (hypothèses diagnostiques, investigations à mener, conduite à tenir...), avec pour finalité de trouver un second souffle à un exercice répétitif. Car poursuivre un exercice centré sur la technique serait déraisonnable conduisant indubitablement à l'essoufflement, à la perte de sens, du sens même des soins.

Cette renverse procède de l'application du bon sens tel qu'énoncé par Descartes : « *le bon sens est la chose la mieux partagée : car chacun pense en être si bien pourvu, que ceux même qui sont les plus difficiles à contenter en toute autre chose, n'ont point coutume d'en désirer plus qu'ils en ont. En quoi il n'est pas vraisemblable que tous se trompent ; mais plutôt cela témoigne que la puissance de bien juger, et distinguer le vrai d'avec le faux, qui est proprement ce qu'on nomme le bon sens ou la raison, est naturellement égale en tous les hommes : et ainsi que la diversité de nos opinions ne vient pas de ce que les uns sont plus raisonnables que les autres mais seulement de*

⁸⁵⁴ J. Dewey, *La quête de certitude, Une étude de la relation entre connaissance et action*, Paris, NRF Gallimard, 2014, p.51.

ce que nous conduisons nos pensées par diverses voies, et ne considérons pas les mêmes choses. Car ce n'est pas assez d'avoir l'esprit bon, mais le principal est de l'appliquer bien»⁸⁵⁵. Chaque praticien pourra user d'opinions distinctes, de jugements différents quant à sa propre expérience, y puisant les éléments qu'il jugera pertinents sources d'*utile-découvert*. Chercher, par raison justement, par « *bon sens* » non pas une alternative aux connaissances et à la technique nues, mais un complément issu de l'expérience s'avère une démarche salvatrice, un acte de volition véritable. Si l'*utile-appris* est partagé, l'*utile-découvert* procède des voies de raisonnement de chacun, permettant de ne pas perdre l'attrait pour la pratique, de ne pas se perdre, mais au contraire de transcender l'exercice médical technique.

Eriger la recherche de l'*utile* au cœur de la pratique pour constituer peu à peu l'*utile-découvert* relève du commandement au sens kantien : « *La représentation d'un principe objectif, en tant que ce principe est contraignant pour une volonté, s'appelle un commandement (de la raison), et la formule du commandement s'appelle un IMPERATIF.* »⁸⁵⁶. Le principe objectif est la recherche permanente de l'*utile*, son caractère contraignant évite la voie du hasard. Alors, le commandement existe avec pour finalité ultime de relier l'*utile-appris* à l'*utile-découvert* procédant ainsi d'un mouvement dialectique de l'un vers l'autre, reliant les connaissances à la pratique, écho à la *dialectique soignante*, reliant le(s) soignant(s) à la (aux) personne(s) malade(s). L'*utile* n'est donc ni enclavé, ni latéralisé, mais diffus, à la fois issu des connaissances et de l'expérience, pour devenir en soi un impératif, à savoir une référence et une finalité.

Dans la « *Critique de la raison pure* », Kant distingue deux modes de jugement : le jugement *déterminant* et le jugement *réfléchissant*. Le jugement *déterminant* est issu d'une règle générale qui sera déclinée selon le cas particulier. Le jugement *réfléchissant* consiste, au contraire, à inventer une règle pour le cas singulier, *hic et nunc*. L'*utile* appartient aux deux catégories. En effet, au fur et à mesure de l'expérience, le praticien va peu à peu décliner, inventer des règles issues de cas particuliers, d'observations, l'*utile-découvert*. Ces expérimentations viendront étoffer au fur et à mesure un ensemble apparenté à la règle générale, l'*utile-appris*. La règle générale sera secondairement appliquée au cas particulier. Cette application pourra de nouveau appartenir à la règle générale. Ainsi le mouvement est-il dialectique entre un

⁸⁵⁵ R. Descartes, *Op. cit.*, p.29.

⁸⁵⁶ E. Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, *Op. cit.*, p.123.

aspect *déterminant* et un aspect *réfléchissant* au sens où Kant l'a énoncé. Mais cette dialectique est démultipliée : tant au sein de la connaissance de *l'utile* que dans ses aspects consécutifs intersubjectifs. L'intersubjectivité est représentée bien évidemment par la relation entre le soignant et le malade, le soignant et les proches du malade, mais aussi entre soignants. Cependant, tout au long de l'expérience, *l'utile* aura valeur et vertu d'impératif.

Mais pourquoi une telle quête de *l'utile* ? Outre le caractère nécessaire aux soins, *l'utile* s'apparente à un besoin vital selon Hannah Arendt : « *L'initiative et la responsabilité, le sentiment d'être utile et même indispensable, sont des besoins vitaux de l'âme humaine.* »⁸⁵⁷. Or, les soins conjuguent et déclinent l'ensemble de ces « *besoins vitaux de l'âme humaine* » : l'initiative, la responsabilité vis-à-vis de l'autre, le caractère utile voire indispensable. Au travers de cette bascule, de la recherche de *l'impératif utile*, le commandement porte aussi sur l'impact et la compréhension de la pratique médicale. Conjointement, s'opère un retour de l'urgentiste envers la personne, malade, et aussi vers l'urgentiste lui-même. Car en filigrane *l'utile* sert celui qui le pratique et le réalise : « *Ai-je fait acte utile à la communauté ? Je me suis donc rendu service moi-même.* »⁸⁵⁸. Le bénéfice se répercute en cascade. Un acte sans conséquence perceptible serait vain, et ne pourrait relever de *l'utile* et encore moins des soins. Le paradoxe pourrait sembler résider dans le fait que *l'utile* est tout à la fois vecteur et donc moyen, mais également finalité. Pour autant, *l'utile* étant intimement lié à la rencontre avec l'autre, il ne peut naître autrement ni en être autrement. *L'utile* est selon Marguerite Yourcenar dans les *Mémoires d'Hadrien* : « *...la plus haute forme de vertu (...): la ferme détermination d'être utile.* »⁸⁵⁹. *L'utile* remplit les caractéristiques de la vertu conformément à la définition qu'en donne Aristote : « *La vertu a donc deux formes : elle est intellectuelle d'un côté, et de l'autre, morale. Si elle est intellectuelle, c'est en grosse partie à l'enseignement qu'elle doit de naître et de croître. C'est précisément pourquoi elle a besoin d'expérience et de temps. Mais si elle est morale, elle est le fruit de l'habitude.* »⁸⁶⁰. La faculté et la pratique, de fait, se rejoignent, *l'utile-appris* se conjuguant à *l'utile-découvert*.

⁸⁵⁷ S. Weil, *Le ravissement de la raison*, *Op. cit.*, p. 74.

⁸⁵⁸ Marc Aurèle, *Op. cit.*, p.156.

⁸⁵⁹ M. Yourcenar, *Op. cit.*, p. 82.

⁸⁶⁰ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, *Op. cit.*, II [1103 a 8-169].

4.6 La singularité de l'utile

Les dialectiques soignantes ont toutes en commun l'irruption de la maladie, réelle ou potentielle, aiguë ou chronique amenant la personne, malade, à se rendre aux Urgences. Progressivement, côté soignant, les pathologies successives vont venir s'ajouter les unes aux autres, lesquelles pathologies sont reliées à des personnes, malades. Passer de prise en charge en prise en charge, sans s'y arrêter, n'aurait nul sens, et ne constituerait pas une expérience, mais plutôt une succession, pour ne pas dire une accumulation ou une collection d'épisodes s'apparentant à lettre morte. « *La nourriture ne profite pas, ne s'assimile pas, si elle est rejetée sitôt qu'on l'absorbe. Rien n'entrave une guérison comme de changer sans cesse de remèdes, on n'arrive point à cicatriser une plaie si on n'y fait qu'essayer des pansements ; on ne fortifie pas un arbuste par de fréquentes transplantations. Il n'est pas de chose utile qui ne puisse l'être qu'en passant.* »⁸⁶¹. A contrario, analyser, assimiler les rencontres de façon détaillée requiert persévérance, ténacité, abnégation. Cette démarche enjoint à relire le déroulement de la *dialectique soignante*, afin de déceler tout élément, toute attitude (l'être, le dire, le taire, le faire) dont l'impact, tant dans l'aspect humain que technique, ont pu être bénéfiques. Le dessein de cette relecture sera de repérer l'utile en vue de l'éprouver pour le confirmer, car « *il n'est pas de chose utile qui ne puisse l'être qu'en passant.* ». Cet utile construit, fruit du mélange entre *utile-appris* et *utile-découvert*, sera progressivement infirmé, ou confirmé par l'expérimentation pratique. En cas de confirmation, l'implémentation à l'exercice sera totale, par appropriation, et viendra irriguer la pratique de cette nouvelle connaissance devenant ainsi intrinsèque. Dès lors, se génère une sorte de cheminement, circulaire, allant du repérage *in vivo*, au gré des situations, suivi de la vérification par l'expérimentation en vue, le cas échéant, d'une intégration à la pratique. L'utile est, de fait et par nature, singulier et (inter)subjectif. Singulier et subjectif car propre au soignant l'ayant défini, conçu. En effet, l'utile est individuel car issu des actions du soignant : « [...] *c'est par l'action qu'il (l'homme) se distingue des autres et qu'il devient individu.* »⁸⁶² Intersubjectif car participant comme vecteur des soins, tel un lien, du soignant vers celui ou celle à soigner. L'utile se glane tout au long du chemin, et aide à la poursuite du cheminement de rencontre en rencontre.

⁸⁶¹ Sénèque, *Lettres à Lucilius*, Op. cit., p.10.

⁸⁶² M. Kundera, Op. cit., p.36.

« Au lieu de penser que toute expérience établit une limite à la possibilité de la science véritable, c'est un genre défini d'expérience qui se révèle indispensable à la science. »⁸⁶³. L'utile n'est pas « science véritable », mais découle de l'expérience, et permet une application optimisée par l'accompagnement de la technique médicale. En ce sens, l'utile s'avère être un vecteur salutaire tant pour l'aspect humain que technique, la technique étant au service de l'humain. Si l'utile s'insère dans la pratique, il se distingue des *bonnes pratiques* telles qu'officiellement définies, à savoir « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données »⁸⁶⁴. Leur objectif est « l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins »⁸⁶⁵. Ces *bonnes pratiques* répondent à une démarche codifiée, méthodique, globale, indépendante de la *dialectique soignante* singulière, particulière. Les recommandations, référentiels, procédures, bonnes pratiques s'adressent à la maladie, l'utile est destiné à la personne, malade, par l'entremise du soignant.

A juste titre, les textes de référence relèvent de la performance, l'utile de la bienveillance. Bienveillance qui pousse à pondérer la décision, rechercher un compromis entre ce que le praticien devrait faire et ce qu'il peut faire, et donc passer de l'absolu au relatif en l'adaptant à la personne. En effet, si la fonction essentielle de la médecine est d'être foncièrement, intrinsèquement utile en ce qu'elle permet aux Hommes de guérir, ou de récupérer un état aussi maximal que possible, elle est à l'heure actuelle devenue, du fait des avancées indéniables, extrêmement performante. Et la performance est devenue un - pour ne pas dire le - critère de jugement : performance du temps (aller de plus en plus vite avec le déploiement de la médecine ambulatoire), performance de la technique (citons pour exemple la mise en place de dispositifs implantables par des voies de moins en moins mutilantes avec des dispositifs de plus en plus miniatures), performance de la limite (repousser toujours plus loin les possibilités thérapeutiques). Or, ces performances s'appuient sur des critères majoritairement quantitatifs. Que la personne soit soignée en ambulatoire est de nature à améliorer la quantité des soins, puisqu'il est dès lors possible de traiter plus de malades, et aussi la qualité de ce que vit la personne, malade. Pour autant, dans le contexte de l'urgence, le temps de passage n'est pas forcément corrélé à la qualité de la prise en charge. Ainsi l'artifice du temps, ou autrement dit le fait d'aller vite, correspondrait forcément au fait d'avoir été performant. Cette corrélation

⁸⁶³ J. Dewey, *La quête de certitude*, Op. cit., p.100.

⁸⁶⁴ HAS, *Méthodes d'élaboration des recommandations de bonnes pratiques*, 2014

⁸⁶⁵ *Ibid.*

rapidité=efficacité ne peut être vérité, et donc servir à une évaluation fiable et contextualisée. Evaluer le temps est quantitatif, et permet de comparer un élément compris par tous, sans pour autant évaluer le contenu de ce temps. Si ce lien est vrai pour les malades présentant un risque vital immédiat, il est remis en cause pour des malades complexes. En effet, certains cas requièrent des investigations et/ou un temps d'observation. Avoir pu progresser dans la démarche, diagnostique et/ou thérapeutique, correspondra au service rendu, indépendamment de toute mesure quantitative.

Se référer à un utile indépendant des indicateurs phares, c'est poursuivre ou prolonger l'écart, et s'affranchir de règles administratives abstraites, étrangères aux personnes, malades, et parfois aussi aux soignants. A ce jour, aux Urgences, les indicateurs utilisés ne mesurent pas la qualité réelle des soins, mais leur projection artificielle. *L'utile* s'apparente à une vertu, et ne saurait être quantitatif mais bien qualitatif. Cette vertu, cet *impératif utile* résisteront à l'épreuve du temps. Entre temps de passage et utile, nombre de malades retiendront la dimension de *l'utile*, la qualité humaine des soignants. Aller vite mais ne pas se rendre utile, ou ne pas se sentir utile est sans nul doute plus délétère que la recherche de *l'utile* indépendamment d'un curseur temporel. Pourtant les indicateurs requis ont intégré le chronomètre comme critère d'efficacité, sans doute par facilité.

Chercher *l'utile*, c'est d'une certaine façon certes réfuter l'état de fait lié aux circonstances - plus de malades avec des moyens dont la croissance est toujours retardée par rapport au flux, et donc corrélativement le manque relatif de ces moyens-, mais aussi s'en détacher et réagir pour chercher à produire un effet bénéfique. C'est ne pas intégrer, et encore moins banaliser, la situation de modification du paysage médical hospitalier et se référer à une valeur non quantifiable mais pourtant perceptible en elle-même et à elle seule *l'utile*.

Les conditions d'application de *l'utile* (qu'il s'agisse de *l'utile-découvert* comme de *l'utile-appris*) sont des préalables propices tant à *l'utile* qu'à la capacité à s'interroger, et délibérer, à *propos*, en vue de la décision. A *propos*, c'est-à-dire au plus proche de la singularité de l'autre ; la décision étant guidée par la recherche de l'utile : « [...] *au début n'était pas la raison, au début n'était pas l'émotion, au début n'était pas le corps, au début était l'acte. L'acte n'est pas le mouvement l'acte est intention d'interagir avec le monde ou avec soi-même comme partie du monde. L'acte est toujours poursuite d'un*

but, il est toujours soutenu par une intention. Il se fait donc organisateur de la perception, organisateur du monde perçu. »⁸⁶⁶. L'utile est ainsi guidé par l'intention et la finalité du soin.

4.7 Distinction entre l'utile et d'autres approches utiles

En première approche, il pourrait être tentant de faire coïncider la recherche de l'utile avec l'éthique utilitariste, dont la figure emblématique est Jérémy Bentham. Cependant, il est important de distinguer les deux démarches. L'éthique utilitariste se définit comme une doctrine, ce qui dans le cadre ici abordé serait une erreur, puisque nous avons défini préalablement l'utile comme un impératif vertueux issu de la pratique. L'utilitarisme est en soi une philosophie morale, déclinée dans l'ouvrage fondateur de Jérémy Bentham paru en 1789 sous le titre « *Principles of Morals and Legislation* » - *Principes de morale et de législation* -. Selon Jérémy Bentham, l'utilitarisme se décrit comme « le principe du plus grand bonheur du plus grand nombre, chacun comptant de manière égale »⁸⁶⁷, quitte à en faire une somme arithmétique. Ce principe s'applique à l'action publique (juges, législateurs, gouvernants), et se doit d'être impartial.

En 1863, dans son livre « *Utilitarianism* » - « *L'utilitarisme* » -, John Stuart Mill, disciple de Jérémy Bentham, définit l'impartialité par la formule suivante : « *Entre son propre bonheur et celui des autres, l'utilitarisme exige d'être aussi impartial qu'un spectateur désintéressé et bienveillant le serait.* »⁸⁶⁸. Cette impartialité est telle que seule l'action est jugée indépendamment de l'auteur, et surtout en dehors de son intérêt propre à commettre cet acte. L'occultation de l'auteur de l'acte a pour but d'éviter toute collusion entre les motivations de l'auteur et la finalité de cet acte, afin de ne pas aboutir à un jugement de valeurs. L'action est dite conforme au principe d'utilité « [...] quand sa tendance à augmenter le bonheur de la communauté l'emporte sur toutes les tendances, qui en elle, tendent à la diminuer. »⁸⁶⁹. Le mot utilité est synonyme de bonheur - et non pas de satisfaction- à savoir le plaisir et l'absence de douleur : « ...la théorie de l'utilité entendait par utilité non ce qui s'oppose au plaisir, mais le plaisir lui-

⁸⁶⁶ A. Berthoz, *Op. cit.*, p.9.

⁸⁶⁷ J. Bentham, *An introduction to the principles of morals and legislation*, Ed. J.H. Burns et H.L.A. Hart, 1970, p.86.

⁸⁶⁸ J.S. Mill, *L'utilitarisme*. Vendôme, Quadrige, Presses Universitaires de France, 1998, p.50.

⁸⁶⁹ J. Bentham, *Introduction aux principes de morale et de législation*, I, Paris, Vrin, Analyse et philosophie, 2011, p.203.

même ainsi que l'absence de douleur... »⁸⁷⁰. Le plaisir, tel qu'entendu par les défenseurs de cette théorie, est la seule chose désirable comme finalité, la qualité de ce plaisir primant sur la quantité. Certains détracteurs de cette théorie ont pensé que les plaisirs pouvaient être considérés comme l'objet du désir quasi-immédiat ramenant l'Homme à un statut animal. Pour contrecarrer cette critique, John Stuart Mill prend une image explicite : « *Il vaut mieux être un humain insatisfait qu'un porceau satisfait, Socrate insatisfait qu'un imbécile satisfait. Et si l'imbécile ou le porceau sont d'un avis différent, c'est parce qu'ils ne connaissent que leur version de la question. L'homme à qui on les compare connaît les deux côtés.* »⁸⁷¹. Mais John Stuart Mill admet la propension naturelle de l'Homme à être tenté d'accéder, « *par faiblesse de caractère* »⁸⁷², au plaisir le plus facile, tout en étant à même de savoir quel est le bien le plus important. Cette propension est aussi liée au fait que le déroulement de la vie n'a pas permis aux Hommes de rencontrer, aussi fréquemment qu'ils le voudraient, des plaisirs nobles : « *Les hommes perdent leurs aspirations élevées comme ils perdent leurs goûts intellectuels parce qu'ils n'ont pas le temps ou l'occasion de les satisfaire.* »⁸⁷³. Nonobstant, la fin ultime de cette théorie « [...] *consiste à pouvoir mener une existence aussi dépourvue de souffrance que possible et aussi riche que possible de satisfaction tant en quantité qu'en qualité [...]* »⁸⁷⁴. L'utilité correspond à l'obligation morale ultime qui s'applique à toute l'humanité, puisqu'il faut considérer que cela vaut pour le plus grand nombre, « *à l'ensemble des créatures capables de sensation* »⁸⁷⁵, et non pour l'individu seul.

De façon synthétique, l'utilitarisme est une philosophie morale dont la sollicitation a pour but la recherche du bonheur, synonyme d'absence de douleurs, de plaisir pour le plus grand nombre. Cette philosophie est-elle applicable à l'exercice pratique de la médecine d'urgence ? Si la finalité de la médecine d'urgence est de rechercher l'absence de souffrances alors l'utilitarisme pourrait participer à la philosophie de l'acte médicale. Toutefois, l'absence de souffrances n'est pas l'unique finalité. Ce n'est que l'une des étapes constitutives de la prise en charge. La finalité de l'acte médical est de délivrer des soins en vue de la guérison à court, moyen ou long terme. De plus, l'utilitarisme s'entend pour le plus grand nombre. L'acte médical s'applique à un sujet,

⁸⁷⁰ J.S. Mill, *Op. cit.*, p.30.

⁸⁷¹ *Ibid.*, p.37.

⁸⁷² *Ibid.*, p.37.

⁸⁷³ *Ibid.*, p.38.

⁸⁷⁴ *Ibid.*, p.40.

⁸⁷⁵ *Ibid.*, p.41.

à un moment donné par l'instauration du traitement adapté à son cas, sans l'intégrer à un groupe. La genèse et l'action sont guidées au cas par cas, pour un individu donné. Procéder à des gestes de réanimation n'est pas sous-tendu par la question du groupe, mais bien par le cas particulier. En fait l'utilitarisme véhicule d'autres valeurs que l'absence de souffrances, et s'efface au profit de celles-ci.

Une autre approche sollicite la dimension utile de l'attention portée à l'autre : le *care*. Le *care* est une « des valeurs humaines essentielles, [...] souvent aux marges de la société moderne capitaliste... »⁸⁷⁶ basée sur le relationnel, requérant des valeurs morales (dont l'attention, et la réflexion profonde sur la responsabilité)⁸⁷⁷. Toutefois, le *care* est avant tout une théorie, dont les défenseurs disent qu'il est « une partie de la vie humaine »⁸⁷⁸, pouvant interférer avec le pouvoir politique dans sa description et dans sa pensée. Conceptualisée au cours des années 1990, cette valeur est issue de mouvements féministes, dont la posture était l'opposition aux théories masculines dominantes jugées abstraites. Le point de départ était le fait que le travail du soin était traditionnellement laissé aux femmes et autres populations *dédiées* (domestiques, classes populaires notamment). Issu de ce travail du soin, le *care* mêle sentiments, actions, pratiques dont la gamme s'étend de la « pensée maternelle »⁸⁷⁹ jusqu'à des actions ayant un impact plus social.

En 1929, Virginia Woolf constate que « [...] l'échelle des valeurs des femmes est souvent différente de celle établie par l'autre sexe et c'est bien naturel. »⁸⁸⁰. Cette phrase interpelle non seulement par l'opposition pointée, mais aussi par le positionnement de son auteur ne citant pas les hommes mais les désignant sous le terme de « autre sexe ». En 1982, Carol Gilligan publie une étude de psychologie morale mettant en évidence les différences de pensée entre hommes et femmes⁸⁸¹. Alors que les hommes raisonnent par rapport aux droits, aux mathématiques, les femmes privilégient le rapport aux autres, la relation. Ainsi, Carol Gilligan définit-elle le *care* comme « la capacité à prendre soin d'autrui »⁸⁸². Carol Gilligan considère donc le *care* comme une capacité et ne le rattache pas à une profession, mais plus à une

⁸⁷⁶ J. Tronto, *Le risque ou le care ?*, PUF, Mayenne, Octobre 2012, p. 5.

⁸⁷⁷ *Ibid.*, p. 32.

⁸⁷⁸ *Ibid.*, p. 30.

⁸⁷⁹ Ruddick S., *Maternal thinking : toward a politics of peace*, Beacon Press, 1995, cité par J. Tronto, *Le risque ou le care ?*, *Op. cit.*, p.31.

⁸⁸⁰ V. Woolf, cité dans C. Gilligan, *Une voix différente, Pour une éthique du care*, Champs, essais, p.36.

⁸⁸¹ C. Gilligan, *Op. cit.*, p.50.

⁸⁸² *Ibid.*, p.37.

caractéristique du rapport à l'autre des femmes. En 1990, Joan Tronto et Berenice Fischer suggèrent « ...que le « prendre soin » [*caring*] soit considéré comme une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie. »⁸⁸³. Le *care* est donc un regroupement d'activités, un réseau soutenant la vie permettant d'améliorer le monde dans lequel nous vivons et auquel nous appartenons. Le *care* vise donc à améliorer le monde, et n'est pas spécifique aux soins, même s'il procède du soin porté à l'autre. Plusieurs phases ou strates, issues de leur origine anglo-saxonne, constituent le *care* :

- *Caring about* : se soucier de,
- *Caring for* : prendre en charge,
- *Care giving* : donner des soins,
- *Care receiving* : recevoir des soins.

L'ensemble de ces strates peuvent avoir lieu au cours des soins. Toutefois, leur champ d'application n'est ni conçu, ni issu à partir de situations où la maladie existe, réellement ou potentiellement. En urgence, aux Urgences, la mission absolue est de ne pas méconnaître une urgence vitale ou fonctionnelle. Une fois cette étape franchie, la mission consiste à apporter des soins à la personne, malade, avec attention et application. Les domaines d'application du *care* recouvrent des champs non concernés par la médecine d'urgence, telle l'école, l'éducation⁸⁸⁴ dépassant le cadre soignant. Enfin, le *care* n'est pas *l'utile*, puisque le *care* est un regroupement d'activités alors que *l'utile*, tel que nous l'avons défini, est un impératif vertueux tourné vers autrui au cours de soins. S'il fallait trouver un rapprochement entre le *care* et *l'utile*, tout au plus serait-il possible de dire que *l'utile* participe au « *care giving* ».

⁸⁸³ B. Fisher, J. Tronto, *Toward a feminist theory of caring*, Circles of care, E.K. Abel et M. Nelson (ed.), Albany, Sunny Press, 1990, p.40.

⁸⁸⁴ Zielinski A., *L'éthique du care, Une nouvelle façon de prendre soin*, Etudes, 2010/12, p.631-641.

Alors s'extraire du joug des contraintes, indépendamment de leur nature, parvenir à se décaler pour se recentrer sur le sens, la quintessence du soin, l'attention à porter à l'autre. Ce pas de côté n'est pas synonyme de délaissement, et encore moins d'abandon des soins mais traduit, au contraire, la nécessité absolue de revenir à l'utile, impératif à part entière, tant pour celui qui nous fait face, que pour nous même. Percevoir, construire l'utile dans toutes ses facettes rend l'éthique palpable, et la dévoile dans sa dimension dialectique (et) soignante, venant irriguer la rencontre.

5 DE LA PROMESSE DE (SE) RENCONTRER, L'ETHIQUE CONSACREE

« Si, en effet, ma relation avec autrui est a priori,
elle épuise toute possibilité de relation avec autrui. »

J.P. Sartre, *L'être et le néant*, Paris, Gallimard, Collection Tel, 2016, p.346.

5.1 De la promesse

5.1.1 Propos liminaire sur la promesse

« S'engager à faire en faveur des autres ce qu'on ne peut exécuter, c'est imprudence : pouvoir
remplir la promesse et ne pas la faire, c'est négligence ou perfidie. »

Pensées morales de Cicéron, Collection des moralistes anciens dédiée au roi, Paris, Didot
l'Ainé, 1782, p.167.

La promesse, issue de l'action de promettre est définie comme suit par Derrida :
« Promettre, se promettre, c'est faire, c'est faire en disant. »⁸⁸⁵. Promettre, véritable
action débutant dès son énonciation, revient à dire par avance ce qu'on va faire, telle
une déclaration anticipatoire. Néanmoins, la promesse n'est pas une simple parole
instantanée, car elle comporte une dimension quelque peu solennelle, engageante et,
à la fois, constitutive. La promesse semble appartenir à un acte de niveau supérieur
réel ou perçu comme tel par celui qui promet. Car ce qui est promis n'est pas neutre,
promettre c'est « s'engager à faire, à dire, à donner quelque chose. »⁸⁸⁶.

Fondamentalement, la promesse, orale ou écrite, est à la fois mots et acte(s) car
définie par cette « action de promettre »⁸⁸⁷. Spécificité humaine, la promesse est
d'abord un acte de langage fondateur avant d'engendrer l'action qui lui est liée. Selon

⁸⁸⁵ J. Derrida, *Avances*, in S. Margel, *Le tombeau du dieu artisan*, Paris, Les Editions de Minuit, 1995, p.15.

⁸⁸⁶ Centre National de Ressources Textuelles et Linguistiques, entrée « promettre ».

⁸⁸⁷ Le Robert, *Op. cit.*

Nietzsche, l'Homme est le seul « [...] animal qui puisse promettre »⁸⁸⁸, voire même qui « ose promettre »⁸⁸⁹. Capable à la fois d'un « oubli actif »⁸⁹⁰, mais aussi de cette capacité à promettre qui démontre une « volonté active »⁸⁹¹, la promesse oblige à la responsabilité⁸⁹² de ses dires et de ses actes. Seuls des actes peuvent être promis, les sentiments, involontaires, échappant à cette possibilité : « On peut promettre des actes, mais non des sentiments car ceux-ci sont involontaires [...] »⁸⁹³.

Énoncer une promesse n'est pas un acte neutre. En effet, générée par volonté, la promesse caractérise l'Homme comme libre et inspirerait, toujours pour Nietzsche, la confiance, la crainte et le respect⁸⁹⁴. Ces trois caractéristiques de la promesse sont graduelles dans le temps. La confiance permet d'émettre la promesse même si celle-ci peut apeurer le locuteur, le rendre craintif de ne pouvoir réaliser sa promesse, de connaître l'échec. Le respect est secondaire à la réalisation de la promesse, mais peut également exister dès la promesse prononcée. Quoi qu'il en soit, promettre serait source de sentiments, de réactions en cascade, tout au long de sa réalisation.

5.1.1.1 Promesse et temps

La promesse existe dès son énoncé, mais reste en suspens tant qu'elle ne sera pas parvenue à son terme, c'est-à-dire exécutée. Selon Paul Ricœur, la phénoménologie de la promesse « [...] se déploie en deux temps : dans le premier est soulignée la dimension linguistique de l'acte de promettre en tant qu'acte de discours ; dans le second, induit par le premier, c'est la caractéristique morale de la promesse qui passe au premier plan. »⁸⁹⁵. La parole engendre l'acte, lequel rejoint l'aspect moral, le fait d'honorer les dires. Ces deux temps ne sont pas à dissocier, mais bien à inscrire dans un continuum : le présent est à entendre et donne à anticiper le futur, lequel est à attendre. Dès la promesse tenue, le présent est à constater et le passé à lire comme l'engagement absolu de celui ayant honoré sa promesse. Si les temps, présent et futur, ne sont pas interchangeable, leur valence est identique mais à des temps différents.

⁸⁸⁸ F. Nietzsche, *Généalogie de la morale*, Deuxième traité, Paris, GF Flammarion, 1996, p.67.

⁸⁸⁹ *Ibid.*, p.69.

⁸⁹⁰ *Ibid.*, p.68.

⁸⁹¹ *Ibid.*, p.68.

⁸⁹² *Ibid.*, p.70.

⁸⁹³ F. Nietzsche, *Humain, trop humain*, livre II, « Histoire des sentiments moraux » ; traduction française, *Œuvres philosophiques complètes*, tome VII, Paris, Gallimard, 1971, p.251.

⁸⁹⁴ F. Nietzsche, *Généalogie de la morale*, *Op. cit.*, p.69.

⁸⁹⁵ P. Ricœur, *Parcours de la reconnaissance*, Paris, Gallimard, Folio Essais, 2013, p.205.

En effet, sous réserve de l'accomplissement de la promesse, le futur endosse la même valence que celle du présent, lors de l'énonciation.

La promesse semble a-temporelle et s'avère pourtant, à la fois, omniprésente. En effet, la promesse marque l'instant présent, moment où elle est dite, mais sa projection et donc sa réalisation peuvent être variables dans le temps, plus ou moins rapides. Entre le temps de l'énonciation pure et le temps de la réalisation existe l'attente durant laquelle la promesse s'inscrit dans le passé, bien que toujours présente, tant que non finalisée. Sa réalisation est à venir dans un futur à plus ou moins longue échéance. Fernando Pessoa évoquant son existence dans *Le livre de l'intranquillité* écrit : « *Je vis toujours au présent. L'avenir, je ne le connais pas. Le passé, je ne l'ai plus. L'un me pèse comme la possibilité de tout, l'autre comme la réalité de rien.* »⁸⁹⁶. Dévolue à l'existence, cette dimension temporelle adossant, tels des paradoxes indissociables présent et passé, dans une mise en perspective possible et irréaliste, synthétise remarquablement la promesse. La promesse appartient ainsi à tous les temps, les parcourant tous, d'où cette notion d'a-temporalité et d'omniprésence mêlées.

En affirmant ce qui devra être, car ignorant ce qui sera réellement, la promesse énonce au présent un possible dont l'accession, source potentielle d'*intranquillité*, sera future. La promesse dit ce qui n'est pas (encore), mais qui pourra éventuellement/vraisemblablement être, et non pas qui pourrait être. La parole de promesse procure à ce qui est dit le rang de possible, et non d'inaccessible et/ou d'illusoire. Cette parole induit une sorte de rupture en obligeant à ouvrir le présent, à se tourner vers l'avenir, semblant presque jouer un rôle apaisant, stabilisateur de ce même futur, telle une sorte d'emprise. Dans une certaine mesure, la promesse induirait une pré-connaissance (reconnaissance ?) du futur, annonçant ce qui devra être fait, sans pour autant avoir la certitude que cela sera réalisé. Ainsi, la promesse accompagne-t-elle, jusqu'à ce qu'elle ne soit plus, le présent ou plus exactement le temps qui se déroule, et appartient à la permanence du temps jusqu'à sa réalisation.

5.1.1.2 Promesse et/est engagement

Si ce qui a été énoncé advient, c'est par l'engagement de celui qui a émis la/une promesse. Si la promesse se réalisait sans la participation du locuteur, elle alors serait

⁸⁹⁶ F. Pessoa, *Le livre de l'intranquillité*, Paris, Christian Bourgeois éditeur, 2011, p. 137.

involontaire, et n'aurait d'autre responsable que le sort, le destin, le hasard, ou tout autre élément indépendant d'un engagement véritable. Dès lors, s'arroger la réalisation de la promesse serait imposture. La promesse relie le dire au faire, et s'avère à la fois mobilisatrice et performative. Mobilisatrice tant sur le dire que sur les modalités du faire obligeant à concevoir sa réalisation. Performative par la concrétisation, mais aussi par toutes les étapes aboutissant à cette réalisation. Paul Ricœur considère que « *La promesse appartient à ceux des actes performatifs qui se signalent par des verbes aisés à reconnaître dans le lexique. A entendre ces verbes, il est clair qu'ils « font » ce qu'ils disent, c'est le cas de la promesse : quand il dit « je promets », le locuteur est effectivement « engagé » à une action future. Promettre, c'est être effectivement engagé à « faire » ce que la proposition énonce.* »⁸⁹⁷. Le langage oblige à enclencher une étape supplémentaire à la simple énonciation. L'aspect grammatical révèle la force de l'action à venir, mue par l'engagement, voire le dépassement de soi, cette capacité à dépasser les murs.

Ne pas promettre dédouane de tout formalisme et, de fait, occulte la dimension de l'obligation et conséquemment de l'engagement. Ne dit-on pas « *Promesse oblige* » ? En effet, le second sens de la promesse est « *l'engagement de contracter une obligation ou d'accomplir un acte.* »⁸⁹⁸. Au regard de ce second sens, la promesse revêt une valence presque non dérogoire impliquant totalement celui qui l'énonce, l'obligeant soi-même, tel un indéfectible lien, à aller jusqu'au bout, c'est-à-dire à joindre l'acte (de réalisation fut elle ébauchée ou complète) à la parole (de la promesse) et inversement. Ainsi, la promesse procède-t-elle au minimum de deux points, de distance variable dans le temps, situés à ses extrémités : dépendante à la fois du dire, la parole, signifiant le début, mais aussi du faire, l'accomplissement, concrétisant et consacrant son issue, sa fin. La logique performative de la promesse « [...] *développe inexorablement une problématique de la responsabilité éthique.* »⁸⁹⁹. Car l'engagement du dire et du faire induit la responsabilité éthique, ce d'autant que « [...] *la promesse suppose une bonne volonté : on ne promet pas le mal et la promesse ne devrait être proprement une malédiction.* »⁹⁰⁰. Le prérequis de la promesse ne peut s'inscrire que dans la dimension d'une volonté uniquement de nature et de conception bonnes, dirigée vers le bien.

⁸⁹⁷ P. Ricœur, *Parcours de la reconnaissance*, *Op. cit.*, p.206

⁸⁹⁸ Le Robert, *Op. cit.*

⁸⁹⁹ J. Derrida, *Avances*, in S. Margel, *Le tombeau du dieu artisan*, *Op. cit.*, p.19.

⁹⁰⁰ *Ibid.*, p.25.

La responsabilité éthique est dès lors multiple dans le cadre de la promesse liée, associée aux soins. « *Le propre de la promesse, c'est de construire dans son dire, le faire de la promesse. Promettre, c'est se placer soi-même sous l'obligation de faire ce qu'on dit aujourd'hui que l'on fera demain. Or, la relation à autrui est ici évidente, dans la mesure où c'est toujours à autrui que je promets ; et c'est autrui qui peut exiger que je tienne promesse ; plus fondamentalement, c'est lui qui compte sur moi et attend que je sois fidèle à ma promesse.* »⁹⁰¹. La parole de la promesse enclenche et inclut plusieurs processus. La confusion ou la polyvalence des temps : le présent est à entendre, et donne à anticiper le futur, lequel est à attendre, et à remarquer une fois la promesse réalisée. Dès la promesse tenue, le présent est à constater, et le passé à lire comme l'engagement, absolu, de celui ayant honoré sa promesse. Ainsi, le temps est-il vecteur et témoin de l'engagement. La liaison voire le mélange du dire et du faire : la parole annonce ce qui est du domaine de l'accessible et donc du faisable. Dire l'infaisable est illusoire, mensonge, dire le faisable appartient partiellement au faire, à l'accessible. Le lien entre le locuteur et le témoin : la promesse, déclaration formelle, relie le locuteur au témoin, parfois destinataire de la promesse. En effet, le locuteur ne peut déroger à sa parole, sans risquer d'être considéré comme non fiable. La contribution du témoignage est d'apporter la véracité tant de la parole que de l'acte, confirmant la possibilité de faire confiance au locuteur. La promesse est donc un lien projectif quant à autrui, mais également vis-à-vis de soi-même, une alliance temporaire, un pont. « *Il y a dans la promesse une compréhension fine des trois dimensions du temps et de son irréversibilité, laquelle est le secret de tout, et une véritable intelligence de la différence et de l'identité entre moi et autrui comme un autre « soi » : un autre qui, comme moi, pense « je »* »⁹⁰². Le témoin sert de miroir à l'engagement du fait qu'il est Homme, et donc ressemblant à celui qui promet. La promesse, forme de *Cela*, engage le *Je* vis-à-vis du *Tu*, autre *Je*. Le lien entre promesse et témoin est tel que Paul Ricœur les relie par un lien de parenté, en plaçant le témoignage en tant que cousin de la promesse⁹⁰³.

Des directions de la promesse - vis-à-vis d'autrui et de soi-même, et inversement - découle la responsabilité éthique absolue. Arnaud Esquerre dénomme cette responsabilité le « *pour promesse* »⁹⁰⁴. Responsabilité éthique dirigée vers l'autre, et à

⁹⁰¹ P. Ricœur, *Anthropologie philosophique*, Paris, Seuil, La couleur des idées, 2013, p.351.

⁹⁰² A. Boyer, *Chose promise, Etude sur la promesse à partir de Hobbes et de quelques autres*, Paris, Puf, Léviathan, 2014, p.3.

⁹⁰³ P. Ricœur, *Parcours de la reconnaissance*, *Op. cit.*, p.208.

⁹⁰⁴ A. Esquerre, *Promesse, prédiction et corruption*, in *Qui tient promesse ?*, Paris, Gallimard, Folio Essais, 2015, p.62.

la fois vers soi : agir, se comporter tel qu'énoncé, tant pour l'autre témoin/destinataire que pour soi, afin d'accorder le dire à l'acte, et faire correspondre, concorder le locuteur avec l'acteur. Sans accomplissement, en cas de désengagement ou d'abandon, indépendamment de la cause, la chose promise risque d'être assimilée à une « *parole en l'air* ». Or, la promesse correspond en premier lieu, avant toute réalisation, au don de la parole. Pour autant, *rien*, en dehors de l'engagement et de l'image renvoyée par cet engagement, ne semble obliger le locuteur à honorer sa promesse. En dehors d'un contrat écrit, ce qui est le cas le plus fréquent, aucune *trace* tangible si ce n'est le contrat moral qui, substantiellement en soi, n'est pas *rien*, bien au contraire. Ce contrat moral nécessite pour être honoré la responsabilité éthique totale. Ainsi, l'engagement existe-t-il aussi par la fidélité à la parole donnée, à cette capacité à ne pas se dérouter de ce qui a été dit. La notion de fidélité renvoie dès lors à la confiance, à cette capacité à croire, voire à être certain, que la parole donnée sera respectée.

Si la réalisation est conforme au dire, alors le dire devient vérité confortant et confirmant la confiance initialement donnée, sans pour autant assimiler la promesse à une/la vérité. L'étymologie du mot confiance est à ce titre éloquente : « *foi en quelque chose, en quelqu'un* »⁹⁰⁵, cette capacité à se fier, à se confier à autrui. Cette confiance, forme d'engagement, existe en dépit de l'incertitude de la réalisation de la promesse, telle une confiance aveugle, à savoir sans preuve explicite, mais d'autant plus intense, pouvant être taxée de gratuite au sens littéral. Ainsi, l'épreuve du réel aboutira-t-elle peut-être aux preuves du réel : à une promesse réalisée venant renforcer, à raison, la confiance. La confiance initiale est un risque pris de croire (en) celui qui parle, sans preuve patente de sa capacité à aboutir. Or, la prise de risque est une forme d'engagement, celui du témoin par rapport au locuteur. La promesse de mariage est un exemple tant d'engagement solennel que de confiance. Cette promesse est celle du mariage à venir ; la racine d'épouser « *sponsare* » étant identique à celle de « *spondere* » signifiant « *engager solennellement* »⁹⁰⁶. Accepter pareille promesse est preuve, dans ce contexte précis, d'amour mais aussi de confiance.

Tenir (sa) promesse signifie le fait de réussir à l'accomplir et à passer de l'énoncé, l'hypothétique, à la réalisation, la finalité. La promesse contient de fait l'incertitude : en promettant, un possible est évoqué dont la confirmation n'interviendra qu'à l'issue de la course de la promesse, passant alors, ainsi, du possible au vrai. L'expression « *être*

⁹⁰⁵ Centre Nationale de Ressources Textuelles et Linguistiques, entrée « confiance ».

⁹⁰⁶ Le Robert, *Op. cit.*

plein de promesse » contient à elle seule des possibles permettant d'espérer un meilleur ébauché, évoqué. Si la promesse ne comporte aucune incertitude, alors elle n'est pas promesse, mais affirmation confirmée, presque corroborée par la réalisation, dont l'irruption n'est pas inattendue, au contraire. Toute fausse promesse, au sens de promettre un acte attendu, rudoie l'acte même de promettre dont la valeur réside dans l'incertitude, c'est-à-dire dans cette inconnue à être réalisée. Pour autant, n'existe-t-il pas au sein de l'incertitude de la réalisation une part de certitude ? Sans doute, car si la promesse n'était que pure incertitude, elle relèverait de l'aventure inconsciente, insensée. La part de certitude est parfois ténue, et peut résider uniquement dans la conviction de s'engager totalement, et de tout faire pour concrétiser la dite promesse. A ce titre, l'expression « *Je vous promets d'essayer* » s'avère un non-sens, car elle se dévêt (partiellement) de l'engagement par le verbe *essayer*. Tenter n'est pas promettre, car promettre implique au point de tout faire pour réussir. L'acte de promesse est donc dualité : incertitude de la réalisation doublée de la certitude de tout faire pour aboutir. Promesse contenant une part d'incertitude énoncée face à l'incertitude de l'avenir. En regard de ces deux incertitudes, pour contrecarrer l'omniprésence de l'incertitude, la certitude de l'engagement devrait dès lors être décuplée. Toutefois, l'incertitude de l'avenir est plutôt une imprévisibilité, une contingence sur laquelle aucune prise, ou presque, n'est possible. L'incertitude de la promesse est tout autre : elle relève du doute à réussir. Ces incertitudes, celle de la promesse et celle de l'avenir, ne sont donc pas de même nature.

Une fois accomplie, la promesse revêt la vérité de parole - ce qui a été dit, a été fait - conférant une force non négligeable au dire initial et à son locuteur, lequel est devenu à la fois auteur et acteur. Une fois réalisée, la promesse n'est pourtant pas totalement achevée, car la vérité de la parole, devenue acte, force le respect qui lui, perdure, apparaissant comme une sorte de continuité de la promesse. La promesse est un pont hybride, un trait d'union, comportant ainsi deux composantes : l'acte oratoire, de langage, assimilé à un élément virtuel, puis l'acte de concrétisation, bien réel, signant non seulement la réalité de la promesse, mais aussi celle de l'engagement sans lequel la promesse ne serait pas. L'engagement est double : honorer sa parole et donc réussir les actes découlant de cette parole. L'engagement est permanent, passé, présent, futur, de l'annonce à l'amorce en passant par l'action jusqu'à la concrétisation. La promesse est une sorte d'objet inerte, dont l'accomplissement l'assimile à un élément vivant du fait de cette évolution : de la parole à l'acte finalisé.

5.1.1.3 Promesse et autres mots

Les synonymes du mot promesse sont le *serment*, la *parole*, le *vœu*. Le serment n'est pas identique à la promesse ne serait-ce par l'auditoire qui diffère. Le serment est prononcé « [...] devant les dieux, ou le Dieu, pris comme témoin(s) [...], ou encore devant [...] un « auditoire universel », par exemple [...] devant tous les membres d'une « société », d'une confrérie ou d'une corporation (Hippocrate). »⁹⁰⁷. L'auditoire est garant de ce qui se dit et peut, en cas de trahison du serment, juger, punir voire exclure. La promesse non tenue n'entraîne aucune punition extérieure en dehors d'un éventuel jugement personnel. Quant à l'antériorité du serment par rapport à la promesse, ou inversement, il semblerait que la promesse soit à l'origine du serment, les dieux ayant fait leur apparition, dans la conscience humaine, bien après les premières relations des Hommes entre eux⁹⁰⁸. Le serment représente la « forme de vie la plus solennelle et la plus ritualisée de la promesse »⁹⁰⁹. De surcroît, le serment « [...] serait juste une pratique de garantie a fortiori de la parole donnée. »⁹¹⁰. Paul, l'apôtre, donne cette explication du serment : « Les hommes jurent par plus grand qu'eux-mêmes, et pour mettre un terme à tout différent, ils recourent à la garantie du serment. »⁹¹¹. Ainsi, le serment serait-il une forme d'authentique contrat (ce que n'est pas la promesse), une « réciprocité médiée »⁹¹², un acte éminemment social et associé, le plus souvent, à un rituel explicite.

Certains auteurs, dont Jean Paul Sartre dans *Critique de la raison dialectique*, considèrent que le serment n'est pas identique à la promesse. En effet, Sartre associe au serment l'acte de jurer, véritable dimension sacrée, et considère que le serment est une action qui vient contrer la dissolution du groupe⁹¹³, situation ne correspondant pas, *stricto sensu*, à notre terrain d'étude. Juger que le terme de serment ne devrait pas faire partie des synonymes du mot promesse ne relève pas du champ d'étude ici abordé. *Tenir (sa) promesse, donner sa parole, faire ou prêter serment, remplir sa promesse. Tenir* tel un lien stabilisateur des relations entre les Hommes, « [...] tenir sa promesse,

⁹⁰⁷ A. Boyer, *Op. cit.*, p.298.

⁹⁰⁸ *Ibid.*, p.303.

⁹⁰⁹ J. Greisch, *Paul Ricœur, L'itinérance du sens*, Grenoble, Millon, Collection Krisis, 2001, p. 343.

⁹¹⁰ A. Boyer, *Op. cit.*, p.239.

⁹¹¹ Bible, Hébreux, 6,16.

⁹¹² J.P. Sartre, *Critique de la raison dialectique*, tome I, Paris, Gallimard, 1961, p.439.

⁹¹³ *Ibid.*, p.439.

c'est ne pas la trahir. »⁹¹⁴. *Donner* pour le don non dérogoire. *Donner* y compris la parole pourtant impalpable au sens concret du terme. *Faire* pour l'acte quasi-solennel de parole. *Prêter*, preuve formelle et tangible de l'engagement. *Remplir* pour concrétiser le contenu de l'acte, et assermenter le fait que la promesse n'est pas que langagière. Dans ces expressions, tous les verbes accompagnant le mot promesse, ou ses synonymes, sont des verbes d'action, incarnant l'engagement, stigmatisant l'acte même de promettre.

Le vœu est aussi un synonyme du mot promesse. Pour autant, certaines distinctions sont à faire entre vœu et promesse. Le mot vœu englobe à la fois une action, celle de faire vœu, et des objets (amulettes, ex-voto par exemple)⁹¹⁵, ce que la promesse ne contient pas. L'engagement du vœu se fait vis à vis de Dieu, véritable « *garantie divine* »⁹¹⁶, lui conférant une appartenance à la « *la doctrine chrétienne* »⁹¹⁷, et une force supérieure à celle de la promesse. Le vœu, ce souhait exprimé envers Dieu, est une aspiration dont seul le sujet peut être détenteur. Alain Boureau définit l'être qui émet un vœu comme « [...] *un individu qui affirme la puissance propre et singulière de sa parole et/ou de son désir, adressés à Dieu.* »⁹¹⁸. Le vœu comporte ainsi une dimension de désir, non contenu dans la promesse, tout du moins pas au sens religieux. Si la promesse peut comporter une dimension religieuse, elle n'est pas identique au vœu. Thomas d'Aquin, par exemple, distingue vœu et promesse : « *Le vœu est un contrat de promesse entre Dieu et l'homme. Ainsi, comme un contrat de bonne foi, dressé entre les hommes oblige à un respect nécessaire, à plus forte raison oblige le vœu par lequel l'homme promet quelque chose à Dieu, du moins dans le domaine d'application du vœu. Car, dans le domaine auquel le vœu ne s'applique pas, l'obligation du vœu n'a pas lieu d'être.* »⁹¹⁹. La locution « *contrat de promesse* » peut sembler paradoxale, mais ce libellé n'est pas un artifice. Saint Thomas d'Aquin insiste sur la force du vœu, en faisant apparaître, par le terme de *contrat*, l'obligation et la force de cette promesse adressée au divin.

⁹¹⁴ P. Ricœur, *Parcours de la reconnaissance*, *Op. cit.*, p.180.

⁹¹⁵ A. Boureau, *Le désir dicté, Histoire du vœu religieux dans l'Occident médiéval*, Paris, Les belles lettres, 2014, p.15.

⁹¹⁶ *Ibid.*, p.33.

⁹¹⁷ *Ibid.*, p.15.

⁹¹⁸ *Ibid.*, p.11.

⁹¹⁹ Th. d'Aquin, *Scriptum*, livre IV, D38, quest.1, art.3, questiuncula. 2, arg.2, in A. Boureau, *Le désir dicté*, *Op. cit.*, p. 34.

La promesse comprend une proportion de doute quant à sa réalisation. « *Mais si le promis de la promesse (y compris le sens, le sujet et l'objet de l'acte de promettre qui font partie du contenu promis) est absolument connu, déterminé, présentifié, ou présentable, si même il a déjà un nom adéquat, il n'y a plus de promesse, il y a seulement calcul, programme, anticipation, providence, prévision, pronostic : tout sera déjà arrivé, tout est auparavant, d'avance répété. [...] Nous ne conjugons ici que du futur antérieur.* »⁹²⁰. La promesse tient par le défi qu'elle représente, par la part d'inconnu contenu lors de son énonciation, et par le risque de ne pas y parvenir. Son objet est de fait énoncé, mais sa réalisation procède du possible supposé voire, parfois, de l'impossible. La promesse se distingue de la prédiction, de la prophétie, du projet. La prédiction ou la prophétie consistent à énoncer ce que sera le futur, comme acte divinatoire de l'avenir. Le but semble être de diminuer l'angoisse inhérente à l'inconnu. *A contrario*, la promesse n'est pas vouée à calmer une angoisse, mais elle comporte une part d'espérance contenue dans l'attente de la réalisation d'un possible antérieurement annoncé. De même, la promesse n'est pas le projet, lequel correspond à la projection affirmative dans le futur d'un acte à accomplir, à l'expression d'une volonté non solennelle de réaliser quelque chose d'accessible.

5.1.1.4 La promesse en dehors du champ moral

Indépendamment du cadre moral, la promesse existe aussi dans d'autres domaines. Dans le juridique, le terme consacré est celui de *contrat*, forme de promesse mutuelle. L'obligation des contrats a été formalisée par les Romains via la formule : « *pacta sunt servanda* », les contrats doivent être respectés. La promesse juridique comporte un promettant et un bénéficiaire. En effet, les deux parties - promettant et bénéficiaire - sont, de part et d'autre, volontaires, et échangent leur consentement respectif. Chacune des parties se voit conférer des obligations. L'exemple accessible est *la promesse de vente* dûment signée stipulant de façon formelle cet engagement. Le promettant s'engage à vendre, le bénéficiaire à donner son consentement au terme du délai d'option. L'acte juridique de promesse est opposable et attaquant devant la juridiction, conférant ainsi aux différentes parties des garanties, ce que le champ moral ne comporte pas. Ces garanties sont définies à l'avance par les termes même du contrat liant les deux parties.

⁹²⁰ J. Derrida, *Avances*, in S. Margel, *Le tombeau du dieu artisan*, *Op. cit.*, p.41.

Le politique use de promesse(s) notamment avant les élections, affublant ces promesses du mot campagne, « *promesses de campagne* ». Nombre de promesses sont alléchantes, sans garantie aucune qu'elles ne soient tenues. Ce type de promesse semble n'avoir hélas pour fonction que d'attirer une certaine écoute, voire de bernier ceux qui les croient. L'auditoire est alors jugé crédule et le locuteur conséquemment considéré sans parole, voire menteur, la promesse étant de fait dévoyée. Mais qu'il s'agisse de maladresse, de tromperie, voire de ruse, n'est pas nouveau. Machiavel, dans le chapitre XVIII, « *Comment les princes doivent tenir parole* », de son ouvrage *Le Prince* paru en 1532, aborde son propos ainsi : « *Chacun entend assez qu'il est fort louable à un prince de tenir sa parole et de vivre en intégrité, sans ruses ni tromperies. Néanmoins on voit par expérience que les princes qui, de notre temps, ont fait de grandes choses, n'ont pas tenu grand compte de leur parole, qu'ils ont su par ruse circonvenir l'esprit des hommes, et qu'à la fin ils ont surpassé ceux qui se sont fondés sur la loyauté.* »⁹²¹. De fait, selon Machiavel, tenir parole, pourtant synonyme de vie intègre, relèverait de l'absence de ruse, de tromperie. Le fait coutumier déroge à l'intégrité : la parole du prince peut se révéler artifice, séduction ayant pour dessein d'obtenir l'adhésion des Hommes quitte, secondairement, à les duper, à les « *circonvenir* ». L'ambiguïté réside dans le fait que Machiavel associe cette attitude avec le constat de la réalisation de grandes choses. Est-ce à dire que, selon Machiavel, trahir sa parole serait une des conditions *sine qua non* à la concrétisation de faits d'importance, voire même à être grand prince ? Machiavel n'aborde pas ce corollaire. Cependant, dans certaines circonstances, l'infidélité aux déclarations serait légitime. Car « [...] *un seigneur avisé ne peut tenir sa parole quand cela se retournerait contre lui et quand les causes qui l'ont conduit à promettre ont disparu.* »⁹²². Ainsi, la promesse politique serait-elle caduque, et son abandon quasi-obligatoire en cas de modification de la configuration ayant amené à promettre, ou en cas de risque pour le prince. Deux remarques à cette affirmation. Qu'en est-il du « *cela* » et du « *lui* », dans cette volteface princière ? Le « *cela* » est-il la parole ou l'action, voire les deux selon les circonstances ? Machiavel ne l'explicite pas. Le prince est-il mis en danger, ou tout du moins en posture délicate, à titre personnel, ou est-ce le pouvoir qui vacille et oblige à la défection ? Là encore, nulle indication de la part de l'auteur. Machiavel assoit cette attitude de supercherie sur la nature humaine, tant sur la capacité prompte à capituler que sur la crédulité à se laisser tromper. Selon lui, il serait même profitable, quand on est au pouvoir, de tromper et d'avoir l'entendement de savoir naviguer entre bien et

⁹²¹ Machiavel, *Le Prince*, chapitre XVIII, Paris, Gallimard, Folio classique, 2016, p.107.

⁹²² *Ibid.*, p.108.

mal, selon « [...] *les vents de fortune et variations des choses* »⁹²³. En somme, les conditions extérieures dicteraient l'attitude de l'Homme de/au pouvoir qui ne serait que la victime tacticienne de sa ligne de conduite, dans le but de « *vaincre et maintenir l'Etat* »⁹²⁴. Mais ne pas tenir parole ne signifie pas, bien au contraire, ne pas maîtriser celle-ci. Les dires du prince doivent être qualitatifs, et sembler contenir « [...] *toute miséricorde, toute fidélité, toute intégrité, toute religion* »⁹²⁵ ; l'art étant tantôt de « *savoir pratiquer la bête* »⁹²⁶, entre *renard* (pour la ruse) et *lion* (pour la force), tantôt de séduire les Hommes.

Le recours à la métaphore animale jalonne nombre de textes, Jean de La Fontaine en étant l'exemple sans doute le plus connu. La fable « *Le renard et le bouc* » est d'ailleurs l'illustration, sans doute moins connue que d'autres fables, d'une promesse non tenue par le renard aux dépens du bouc trop crédule : « *De ce lieu ci je sortirai // Après quoi je t'en tirerai* »⁹²⁷. Mais le renard une fois sorti du puits, se détourne, et laisse le bouc, trop crédule, à son triste sort. La morale est ainsi libellée : « *En toute chose, il faut considérer la fin.* »⁹²⁸. L'issue est la trahison faite au bouc, mais aussi la trahison de la parole. La force de la promesse afin d'être crédible procède donc en partie de l'art oratoire de celui qui la prononce. L'enfant déploie parfois cette force oratoire en émettant une promesse, l'âge du locuteur affectant à cette parole une note de naïveté au regard des adultes.

5.1.2 Promettre, acte multivalent

Sur le plan grammatical, *promettre* est un verbe pouvant être ou non réfléchi : *promettre* ou *se promettre*. De plus, promettre suppose plusieurs possibilités : promettre que, promettre à, promettre pour, promettre de, se promettre. Ainsi promettre est-il un acte concret, écho de la promesse prononcée. Chaque possibilité - promettre que, promettre à, promettre pour, promettre de, se promettre - sera illustrée à partir d'une publication littéraire. Ce choix est conforme à la méthode exposée⁹²⁹, et permet

⁹²³ *Ibid.*, p.109.

⁹²⁴ *Ibid.*, p.109.

⁹²⁵ *Ibid.*, p.109.

⁹²⁶ *Ibid.*, p.107.

⁹²⁷ J. De La Fontaine, *Le renard et le bouc*, Fables, 1668.

⁹²⁸ *Ibid.*

⁹²⁹ Cf. partie 3.1 : *Méthode*

d'analyser la promesse sans, d'emblée, l'assujettir aux soins afin de dégager les caractéristiques humaines de l'acte de promesse.

5.1.2.1 *Promettre que ou la force du verbe*

Yvain ou le chevalier au Lion, est un roman initiatique attaché à la figure du chevalier courtois, de celui qui éprouve l'Amour.

Yvain, chevalier du roi Arthur, est confronté à l'épreuve de la fontaine. Victorieux du chevalier Escaldos le Roux tué après un terrible combat, Yvain épouse la veuve d'Escaldos, Laudine, dont il est tombé éperdument amoureux. Retrouvé par ses compagnons chevaliers, Yvain est forcé de les suivre et promet à son épouse de revenir à ses côtés dans un délai maximal « [...] *d'un an, huit jours après la Saint Jean* [...] »⁹³⁰. Afin de protéger son époux, Laudine lui donne un anneau spécifique. Passé le délai accordé, Laudine ne laissera aucune chance à Yvain, et reprendra l'anneau ôtant à Yvain la protection. Durant une année, Yvain va de tournoi en tournoi, sans blessure, à tel point qu'il en oublie sa promesse. Yvain n'est plus prudhomme mais « [...] *le mensonger, le traître, le déloyal, le tricheur* [...] »⁹³¹, raison pour laquelle la servante envoyée par Laudine reprend l'anneau. Yvain en devient fou et erre jusqu'au moment où il est sauvé par la dame de Noroison, grâce à l'onguent magique de la fée Morgane. S'en suit une longue série d'épreuves où, à chaque fois, Yvain est confronté à l'injustice, à la lutte entre le bien et le mal. Le bien et le mal sont toujours décrits sous des traits symboliques. Ainsi, la figure du géant correspond au mal absolu, à la sauvagerie possiblement abritée par chaque être humain. Le combat le plus marquant est celui entre le serpent et le lion. Yvain choisit de défendre le lion, symbole du bien, du courage, et le sauve. Reconnaisant, le lion ne quittera plus Yvain, et devient son compagnon d'armes mais aussi sa caractéristique, Yvain, chevalier au Lion. Son périple n'a qu'un seul but : retrouver Laudine, car son Amour n'a pas faibli. Mais son périple est parsemé de combats, dans lesquels Yvain s'engage totalement : « *Il engage d'abord toute sa personne dans ce combat.* »⁹³². Yvain en ressort à chaque fois victorieux, mais il doit se racheter d'avoir failli à sa parole. Ayant enfin rejoint Laudine, Yvain se présente à elle sans se dévoiler, et il faut l'intervention et la ruse de la servante pour tromper Laudine et la réconcilier, à ses dépens, avec son époux.

⁹³⁰ Chrétien de Troyes, *Yvain ou le chevalier au lion*, Paris, Gallimard, Folio, 2017, p.54.

⁹³¹ *Ibid.*, p.57.

⁹³² *Ibid.*, p.91.

Yvain est donc le héros d'une épopée chevaleresque dont le fil conducteur est la promesse amoureuse. Toutefois, si le récit met en avant la force, le courage et l'engagement du chevalier, il incarne les dangers de la promesse non tenue. En effet, ne pas tenir promesse expose à la nécessaire rédemption pour parvenir à prouver que la confiance peut de nouveau exister malgré la trahison de la parole. Exigeante, la promesse est difficile à endosser et impose des garanties : « *Maudit soit celui qui vous réclame loyauté, promesse et garantie !* »⁹³³. Nul ne peut se défaire de la promesse sans nuire à sa loyauté.

« *Je promets que...* », et déjà s'instaure la force de ce qui est énoncé, voire *la foi* associée à ce que sera la locution annoncée par le « *que* » : la suite semble être un argument incontournable. Mais, la puissance de cette locution provient de la grammaire elle-même, fidèle support de la pensée. « *La proposition est au langage ce que la représentation est à la pensée : sa forme à la fois la plus générale et la plus élémentaire, puisque, dès qu'on la décompose, on ne rencontre plus le discours, mais ses éléments comme autant de matériaux dispersés.* »⁹³⁴. Si le discours expose il compose aussi les matériaux, leur association, et donc l'action à venir. *Promettre que* est un verbe sans lequel la condition du discours n'existerait pas. « *Le verbe est la condition indispensable à tout discours [...]* »⁹³⁵, car le verbe ne pourrait pas exister comme langage s'il ne soutenait pas le discours. Le rapport dialectique entre le verbe et le discours est explicite, du fait que « *[...] le verbe, c'est l'attribution : le support et la forme de tous les attributs [...]* »⁹³⁶. Ainsi, la force de la promesse tire sa source de ce que dit le verbe. *Promettre que* contient déjà, en partie, la représentation de ce que sera la promesse, ou tout du moins donne à entendre les éléments impliqués par celle-ci. Car le verbe incarne ce qui était, est, sera. Ainsi, parlant du verbe être, Michel Foucault exprime, résume la force de ce verbe : « *Ce simple mot [être], c'est l'être représenté dans le langage ; mais c'est aussi bien l'être représentatif du langage, - ce qui, en lui permettant d'affirmer ce qu'il dit, le rend susceptible de vérité ou d'erreur.* »⁹³⁷. En calquant ce raisonnement, promettre consiste à énoncer mais aussi à l'envisager en termes d'implication, d'engagement, d'action, de conséquence. *Promettre que* donne déjà à entendre, à comprendre la réalisation de ce qui se dit.

⁹³³ *Ibid.*, p.119.

⁹³⁴ M. Foucault, *Les mots et les choses, Op. cit.*, p.107.

⁹³⁵ *Ibid.*, p.108.

⁹³⁶ *Ibid.*, p.111.

⁹³⁷ *Ibid.*, p.109.

5.1.2.2 Promettre à quelqu'un ou la promesse comme vecteur interrelationnel

5.1.2.2.1 Antigone ou la promesse absolue

La promesse n'est pas sans interlocuteur. On promet à quelqu'un, donnant de fait à cet acte, une valeur de lien. Le locuteur et son témoin, l'acteur et l'observateur, deviennent ainsi, réciproquement, garants de la parole énoncée ; chacun ayant une forme de responsabilité.

Prenons l'exemple d'Antigone, figure mythique rendue célèbre par le théâtre antique. La tragédie grecque, dont la lecture est riche d'enseignements, permet « l'instruction par le tragique »⁹³⁸, et l'analyse des « agissants »⁹³⁹. Le relief de la tragédie renforce l'action, son intensité, l'engagement de celui/ceux qui vive(nt) la situation, illustration des existences ou des tourments humains. Aristote donne à la tragédie une dimension cathartique, lui adossant la fonction de « [...] *purgation des émotions* [...] »⁹⁴⁰.

Antigone promet de donner une sépulture à Polynice, son frère. Cette promesse n'est pas mentionnée de façon explicite, mais l'engagement d'Antigone la révèle, la transcrit. Malgré l'interdiction de Créon, roi de Thèbes, d'accomplir cet acte, Antigone s'engage à respecter la loi divine, à assurer le rite funéraire auquel a droit tout défunt. Elle refuse de faire une différence entre ses deux frères, morts d'une lutte fratricide, le même jour, s'opposant à l'injustice de ne pas les traiter pareillement. Étéocle a droit aux rituels et à une sépulture, mais Polynice connaît « [...] *l'affront du refus* »⁹⁴¹. Antigone demande à Ismène, sa sœur, de l'aider : « *Vois si tu veux lutter et agir avec moi.* »⁹⁴². Mais Ismène refuse d'agir contre la cité considérant comme vain, voire impossible, le geste de sa sœur⁹⁴³. Antigone sait que sa résolution d'accomplir les rituels risque de la conduire à la mort, mais elle se réjouit d'aller, « [...] *saintement criminelle* »⁹⁴⁴, reposer près de Polynice car, pour elle, la loi de Créon ne saurait être

⁹³⁸ P. Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, Op. cit., p.281.

⁹³⁹ *Ibid.*, p.281.

⁹⁴⁰ Aristote, *Poétique*, 1450 a 26.

⁹⁴¹ Sophocle, *Antigone*, Paris, Le Livre de poche, Le théâtre de poche, 2014, vers 23.

⁹⁴² *Ibid.*, vers 41.

⁹⁴³ *Ibid.*, vers 67.

⁹⁴⁴ *Ibid.*, vers 74.

supérieure à l'humain. La sépulture symbolise cette dimension : la sacralité de l'Homme. A deux reprises, Antigone va accomplir les rites funéraires : « [...] elle apporte à la fois de la poussière sèche et une aiguière en bronze martelé, qu'elle lève en l'air, pour répandre sur le corps l'hommage d'une triple libation. »⁹⁴⁵. Prise sur le fait, Antigone défie Créon revendiquant ses actes en arguant du refus de l'injustice, du respect du mort et de la loi divine. Pareille posture, pareil engagement sont injures faites au roi, bravant non seulement son autorité, mais aussi son statut d'Homme : « Désormais, ce n'est plus moi, mais c'est elle qui est l'homme, si elle doit s'assurer impunément un tel triomphe. »⁹⁴⁶. Antigone n'a cure de payer de sa vie ses actes, honorant ainsi son frère et sa promesse.

La promesse d'Antigone est faite à elle-même, puisque le destinataire de la promesse étant un défunt, il ne peut constater la réalisation de la parole. L'interlocuteur pressenti de cette promesse est Ismène, dont le refus initial de faire partie de cette entreprise, ne la dédouane pas de la posture de témoin. Pourtant en retour, Ismène, elle aussi, promet. Elle promet de garder le silence, la rendant sans voix, et attestant de sa position de faux témoin - elle s'engage à constater sans le dire et ne peut donc témoigner qu'Antigone est l'auteur de la sépulture -, ou de témoin muet, uniquement visuel. Antigone s'offusque de pareille attitude réfutant de taire son dessein et voulant au contraire que cela soit su, telle une déclaration de promesse, un « *pour promesse* »⁹⁴⁷. Si l'engagement d'Antigone est total parvenant à réaliser ce qu'elle a dit, sa promesse est absolue, la menant à sa propre perte. Autrement dit, épargner sa vie ne légitimerait pas l'abandon de sa promesse. De cette promesse faussement univoque - donner une sépulture à son frère - émergent plusieurs promesses liées les unes aux autres, en écho. En effet, si la promesse se lit en première intention comme un acte d'accord, c'est-à-dire respecter la loi divine en octroyant une sépulture à Polynice, elle est en seconde intention un acte de désaccord, de refus profond. Le premier refus, synonyme à part entière de promesse, est celui de la loi de Créon, inéquitable entre Polynice et Étéocle. Le second désaccord est avec sa propre sœur, Ismène, dont l'attitude de retrait et de silence symbolise la raison, mais aussi la démission de l'engagement humain. Courant à sa perte, les refus d'Antigone sont de véritables promesses.

⁹⁴⁵ *Ibid.*, vers 429-432.

⁹⁴⁶ *Ibid.*, vers 483-485.

⁹⁴⁷ A. Esquerre, *Promesse, prédiction et corruption*, in *Qui tient promesse ?*, Paris, Gallimard, Folio Essais, 2015, p.62.

Ces promesses intriquées sont autant de fils venant tisser la promesse initiale de respecter la loi humaine. La promesse d'Antigone est à la fois pouvoir, au sens de capable, et contre-pouvoir, au sens de défi vis-à-vis de Créon, dont l'attitude est de garantir la stabilité de la cité, en opposant ennemi (Polynice) et ami (Étéocle). Qu'il s'agisse du pouvoir ou du contre-pouvoir, ils mènent Antigone au dévouement sacrificiel, en pleine conscience : « *Ma vie, depuis longtemps j'y ai, moi, renoncé, afin d'aider les morts.* »⁹⁴⁸. Aider les morts, c'est reconnaître le vulnérable et en prendre soin par-delà la vie, quitte à jouer sa propre vie. Cet acte de bienveillance totale, mais aussi de courage totalement interdit, place Antigone dans la posture de l'impie, mais l'honneur lui conférant, « [...] *aux yeux de tous les gens de sens* »⁹⁴⁹, une posture à nulle autre pareille.

Interviennent alors d'autres morts comme pour accompagner celle d'Antigone, et lui rendre la position du pouvoir véritable. Hémon, fils de Créon et fiancé d'Antigone, ne supportant pas la perte d'Antigone due à l'attitude de son père, se donne la mort et est retrouvé auprès d'elle, l'enlaçant. Apprenant la mort de son fils Eurydice, épouse de Créon et mère d'Hémon, se tue également. Les morts d'Hémon et d'Eurydice sont aussi symboles de promesse : la promesse amoureuse et la promesse filiale. Ces morts sont aussi source d'apprentissage, trop tardif, pour Créon qui perd les siens. Ainsi, cette tragédie peut-elle être analysée sous l'angle de promesses reliant les Hommes les uns aux autres, voire à eux-mêmes, promesses honorées jusqu'à leur terme, y compris fatal. La promesse singulière d'Antigone faite à Polynice s'avère plurielle et protéiforme, et convoque les promesses cachées d'Ismène, d'Hémon et d'Eurydice, Ismène incarnant via la promesse de silence, sorte de paradoxe car elle est démission vis-à-vis de sa sœur. La figure qui finalement n'a pas le pouvoir d'honorer ses promesses, à la fois de roi, mais aussi et surtout d'homme et de père, est celle de Créon qui endosse dès lors la posture du faible, alors même qu'il est censé incarner le pouvoir.

Cette tragédie révèle la force et la valeur de la promesse générant des liens entre les Hommes, et capable d'ébranler l'autorité. Pareilles épreuves aboutit, participe, selon Paul Ricœur, à la connaissance de soi : « *La reconnaissance de soi est au prix d'un dur apprentissage acquis au cours d'un long voyage à travers ces conflits persistants, dont l'universalité est inséparable de leur localisation chaque fois*

⁹⁴⁸ Sophocle, *Antigone*, Op. cit., vers 559-560.

⁹⁴⁹ *Ibid.*, vers 905.

indépassable. »⁹⁵⁰. En cela, la figure d'Antigone prouve la force de la promesse, force défendue par Hannah Arendt.

5.1.2.2.2 Hannah Arendt ou la promesse comme liberté d'autrui

Dans son ouvrage « *Condition de l'homme moderne* », Hannah Arendt postule que l'*homo faber* est « [...] victime du non-sens, de la « dépréciation de valeurs » et de l'impossibilité de trouver des normes valables [...] »⁹⁵¹. Les « facultés jumelles » que sont l'action et la parole permettent non seulement de « produire des histoires riches de sens »⁹⁵², mais aussi de retrouver des normes valables. Grâce à ces facultés jumelles, action et parole, véritables outils de l'*homo faber*, le pardon et la promesse, elles-mêmes jumelles, sont possibles. Le choix de ces deux capacités, pardonner et promettre, est crucial car il faut aussi pouvoir pardonner de ne pas avoir tenu promesse, et promettre de réussir à pardonner. A leur tour, et conséquemment, le pardon et la promesse sont des outils permettant de se libérer d'un monde sans normes adaptées à l'Homme devenant, *de facto*, des garants de fonctionnement entre les Hommes. « Contre l'imprévisibilité, contre la chaotique incertitude de l'avenir, le remède se trouve dans la faculté de faire et de tenir des promesses. Ces deux facultés vont de pair : celle du pardon sert à supprimer les actes du passé, dont les « fautes » sont suspendues comme l'épée de Damoclès au-dessus de chaque génération nouvelle ; l'autre qui consiste à se lier par des promesses, sert à disposer des îlots de sécurité sans lesquels aucune continuité, sans même parler de durée, ne serait possible dans les relations des hommes entre eux. »⁹⁵³. Le pardon gomme le passé et libère au-delà des générations. Sans pardon, l'avenir serait empesé des fautes passées et ne pourrait être envisagé. La promesse sécurise l'avenir par-delà les générations. Sans promesse, aucune continuité des Hommes entre eux et de leurs relations. Sorte de fil d'Ariane, la promesse perdure, se transmet, et permet de « [...] conserver nos identités »⁹⁵⁴, et de confirmer l'identité de « l'homme qui promet et de l'homme qui accomplit »⁹⁵⁵. L'acte de promesse vient, à la fois, affirmer et confirmer qui est celui qui promet. Si la promesse peut traverser les générations, alors « l'homme qui promet » ne serait pas forcément celui qui accomplit, sans pour autant dénaturer la promesse. La fonction de la promesse

⁹⁵⁰ P. Ricœur, *Soi-même comme un autre*, *Op. cit.*, p.283.

⁹⁵¹ H. Arendt, *Op. cit.*, p.301.

⁹⁵² *Ibid.*, p.302.

⁹⁵³ *Ibid.*, p.302.

⁹⁵⁴ *Ibid.*, p.303.

⁹⁵⁵ *Ibid.*, p.303.

indépendamment de l'acte à réaliser s'avère également être un vecteur interrelationnel, intergénérationnel.

Pour Hannah Arendt, la promesse ne s'envisage que vis-à-vis d'autrui : « [...] *nul ne se sent lié par une promesse qu'il n'a fait qu'à soi : pardon et promesse dans la solitude ou l'isolement demeurent irréels et ne peuvent avoir d'autre sens que celui d'un rôle que l'on joue pour soi.* »⁹⁵⁶. Sans remettre en cause la pensée d'Hannah Arendt, la grammaire indique pourtant que le verbe *promettre* peut être réflexif, n'interdisant pas le fait de se promettre à soi, seul. Mais le sens de la promesse n'est-il pas d'exister en premier lieu avant de figer, de déterminer s'il existe un nombre d'acteurs minimal nécessaire à la promesse ? Concevoir la promesse comme duale en termes d'interlocuteurs serait réducteur, rendant impossible l'engagement de quiconque vis-à-vis de soi-même, en tant que conscience. L'identité plurielle de chacun ne permet-elle pas d'envisager une promesse d'une partie de soi à une autre partie de soi-même ? C'est ce que laisse penser Paul Ricœur sans toutefois dénouer la promesse du lien à l'autre : « [...] *la promesse témoigne de ce que j'appellerai une ipséité forte, constituée par le maintien de soi en dépit des alternances du cœur et même des changements d'intention. Quoi qu'il puisse m'en coûter, je ferai ! Mais cette ipséité forte, encore une fois, ne vas pas sans sa contrepartie allocutoire, dans la mesure où l'engagement de soi à soi a autrui non seulement pour témoin mais encore pour destinataire.* »⁹⁵⁷. Paul Ricœur donne ainsi à la promesse faite à soi-même la dimension du don pour autrui. Le don n'est pas absent dans le propos de Hannah Arendt. En effet, le pardon et la promesse sont envisagés comme les clés de la libération du passé intimement liés à la *présence d'autrui*. Se faire promesse pour quelqu'un est l'attitude décrite en ce qui concerne la promesse transgénérationnelle.

5.1.2.3 Promettre pour ou la force de la promesse selon Dom Juan

Promettre est un acte d'engagement révélateur de l'identité du locuteur. Car « *La promesse ne repose pas sur un élément déclaratif, elle n'a pour but que son exécution effective : la tenue ou non de la parole donnée.* »⁹⁵⁸. Tenir parole témoigne de

⁹⁵⁶ *Ibid.*, p.303.

⁹⁵⁷ P. Ricœur, *Anthropologie philosophique, Ecrits et conférences 3, Op. cit.*, p.351.

⁹⁵⁸ P. Ricœur, *Parcours de la reconnaissance, Op. cit.*, p.209.

l'engagement, et donc de la personne en elle-même par le non abandon, le non renoncement.

Prenons l'exemple de Dom Juan afin d'illustrer ce propos de façon théâtrale et surtout inverse. Dom Juan est un libertin assumé, qui se promène de « *liens en liens* »⁹⁵⁹, dans l'unique but d'avoir quelque plaisir. Son désir de conquêtes est supérieur à la véracité de la parole, dont il use et abuse afin de séduire toute jeune femme, sans limites : « *Comme Alexandre, je souhaiterais qu'il y eut d'autres mondes pour y pouvoir étendre mes conquêtes amoureuses.* »⁹⁶⁰. Après avoir promis à Done Elvire de l'épouser, Dom Juan, ne pouvant honorer pareille promesse, prend la fuite, refusant de se restreindre en amour : « *J'aime la liberté en amour, [tu le sais], et je ne saurais me résoudre à renfermer mon cœur entre quatre murailles. Je te l'ai dit vingt fois, j'ai une pente naturelle à me laisser aller à tout ce qui m'attire. Mon cœur est à toutes les belles, et c'est à elles à le prendre tour à tour, et à le garder tant qu'elles le pourront.* »⁹⁶¹. Ainsi, sur son chemin, Dom Juan ne se prive pas de promettre le mariage à d'autres belles. Mais devant venger leur honneur familial, les frères de Done Elvire, Don Carlos et Don Alonse le rattrapent. Un temps sauvé par la clémence de Don Carlos, redevable de lui avoir sauvé la vie, Dom Juan s'avère toutefois incapable de se repentir s'attirant la désapprobation de son propre père. Dom Juan est indigne de ses ascendants : « [...] *la naissance n'est rien où la vertu n'est pas. Aussi, nous n'avons part à la gloire de nos ancêtres qu'autant que nous nous efforçons de leur ressembler ; et cet éclat de leurs actions qu'ils répandent sur nous, nous impose un engagement de leur faire le même honneur, de suivre les pas qu'ils nous tracent, et de ne point dégénérer de leurs vertus, si nous voulons être estimés leur véritables descendants. Ainsi vous descendez en vain des aïeux dont vous êtes né : ils vous désavouent pour leur sang, et tout ce qu'ils ont fait d'illustre ne vous donne aucun avantage ; au contraire, l'éclat n'en rejaillit sur vous qu'à votre déshonneur, et leur gloire est un flambeau qui éclaire aux yeux d'un chacun la honte de vos actions.* »⁹⁶². Dom Juan disparaît, rattrapé par les figures de la justice, la statue du Commandeur et le spectre. L'issue de la pièce éclaire le sous-titre souvent oublié, « *le festin de pierre* », puisque Dom Juan trouve la mort au cours d'un dernier repas. Dom Juan disparu, Sganarelle, son fidèle serviteur, a ces mots « *Ah ! mes gages ! mes gages [...] Il n'y a que moi seul*

⁹⁵⁹ Molière, *Dom Juan*, Acte I, scène 2, ligne 29.

⁹⁶⁰ *Ibid.*, Acte I, scène 2, ligne 85.

⁹⁶¹ *Ibid.*, Acte III, scène 5, ligne 20-25.

⁹⁶² *Ibid.*, Acte IV, scène 4, ligne 30-43.

de malheureux... Mes gages ! mes gages, mes gages ! »⁹⁶³. Cette exclamation finale vient sanctionner définitivement l'attitude de son maître, lequel n'a su tenir promesse ni aux dames ni à son serviteur.

Cette pièce de Molière illustre la promesse pervertie, dévoyée et ses conséquences. Les revirements de Dom Juan ne sont possibles que du fait de la nature d'acte illocutoire de la promesse. Pour autant, ces *belles promesses*, paroles sans valeur, le conduisent à sa perte, redonnant ainsi à la parole donnée sa valeur d'engagement et la dédouanant de toute impunité. Dom Juan vit, selon une expression de Soshana Felman, « *de la bouche à la main* »⁹⁶⁴ : la bouche qui promet tout tandis que la main tendue, symbole de redevabilité, attend vainement la concrétisation de la promesse. La morale de l'histoire est sans équivoque et pourrait être libellée comme suit : *user de la promesse comme supercherie conduit à sa propre perte*. Nonobstant, Dom Juan révèle son identité profonde à agir ainsi, un beau parleur refusant tout engagement et ne songeant qu'à son bon plaisir. Cet exemple illustre un élément majeur : la révélation de l'identité par la parole et surtout par la promesse. Car l'identité régit la parole donnée, et non l'inverse. Respecter sa parole, ne pas la trahir, s'engager à la tenir permet l'émergence de l'ipséité de la promesse, et révèle son auteur. « *Et c'est à cet engagement que s'attache le caractère d'ipséité de la promesse [...]. Cette ipséité [...] consiste en une volonté de constance, de maintien de soi, qui met son sceau sur une histoire de vie affrontée à l'altération des circonstances et aux vicissitudes du cœur. C'est une identité maintenue malgré..., en dépit de ..., de tout ce qui inclinerait à trahir sa parole.* »⁹⁶⁵. Ainsi à travers la parole tenue, émerge, selon Paul Ricœur, la permanence de la personne et le maintien de son identité à travers le temps : « [...] *la tenue de la promesse [...] paraît bien constituer un défi au temps, un déni du changement : quand même mon désir changerait, quand même je changerais d'opinion, d'inclination, « je maintiendrai.* »⁹⁶⁶. La promesse est à la fois une empreinte de « *qui je suis* » au moment où je donne parole, et de la persistance de ce « *qui je suis* », au fil du temps, jusqu'au terme de l'acte, malgré les changements éventuels. Ainsi s'exprime la *mêmeté*⁹⁶⁷, la permanence du soi. Pour autant, l'identité et/ou sa quête n'est pas la finalité de la promesse, elle n'en est que l'expression et plus encore

⁹⁶³ *Ibid.*, Acte V, scène 6, ligne 20.

⁹⁶⁴ S. Felman, *Le scandale du corps parlant. Don Juan avec Austin ou La séduction en deux langues*, Paris, Ed. du Seuil, 1980, p.76.

⁹⁶⁵ P. Ricœur, *Parcours de la reconnaissance*, *Op. cit.*, p.207.

⁹⁶⁶ P. Ricœur, *Soi-même comme un autre*, Paris, Editions du Seuil, Essais Points, 2015, p.149.

⁹⁶⁷ *Ibid.*, p.147.

la traduction, celle de la « reconnaissance de soi »⁹⁶⁸. A travers mes promesses, je révèle, j'indique « qui je suis ». L'identité personnelle se fonde sur « [...] la dimension temporelle de l'existence humaine »⁹⁶⁹, le soi cherchant son identité tout au long de la vie⁹⁷⁰.

Ainsi le temps est-il un facteur primordial de la constitution de l'identité. La promesse émise puis réalisée révèle le « qui », l'identité personnelle : la parole donnée est personnelle mais participe à l'identité narrative, à sa construction. « L'histoire racontée dit le qui de l'action. L'identité du qui n'est donc elle-même qu'une identité narrative »⁹⁷¹. Or, l'action définit l'individu, et donc son identité personnelle : « [...] c'est par l'action que l'homme sort de l'univers répétitif du quotidien où tout le monde ressemble à tout le monde, c'est par l'action qu'il se distingue des autres et qu'il devient individu. »⁹⁷². La promesse est un pont, un trait d'union, entre l'identité personnelle et l'identité narrative, tel un transducteur. « L'identité narrative, autrement dit, la capacité « d'embrasser notre vie dans un récit » doit être reconnue comme une composante essentielle de l'identité morale au sens large. »⁹⁷³. L'identité narrative n'est donc pas dénuée de liens avec l'identité morale, et l'aspect dialectique entre les deux est patent. Cette identité narrative se compose aussi du vécu professionnel, occupant un temps majeur, tant en quantité qu'en qualité au sens littéral notamment dans le domaine des soins. Ne pas en tenir compte, pire l'occulter, serait préjudiciable, l'identité personnelle étant également *pétrie* du vécu professionnel.

De plus, la promesse révèle l'Homme capable : « [...] la promesse se donne ainsi à la fois comme une dimension nouvelle de l'idée de capacité et comme la récapitulation des pouvoirs antérieurs : on aura l'occasion d'observer que pouvoir promettre présuppose pouvoir dire, pouvoir agir sur le monde, pouvoir raconter et former l'idée de l'unité narrative d'une vie, enfin pouvoir s'imputer à soi-même l'origine de ses actes. Mais c'est sur l'acte par lequel le soi s'engage effectivement que se concentre la phénoménologie de la promesse. »⁹⁷⁴. Etre capable de faire et tenir promesse révèle l'identité personnelle, cette promesse fut-elle professionnelle au moins en apparence. La promesse est également un trait d'union au sein du temps de

⁹⁶⁸ P. Ricoeur, *Parcours de la reconnaissance*, Op. cit., p.204.

⁹⁶⁹ P. Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, Op. cit., p. 138.

⁹⁷⁰ *Ibid.*, p. 139.

⁹⁷¹ P. Ricoeur, *Temps et récit*, Tome III, Paris, Seuil, 1987, p.355.

⁹⁷² M. Kundera, Op. cit., p.36.

⁹⁷³ J. Greisch, Op. cit., p.364.

⁹⁷⁴ P. Ricoeur, *Parcours de la reconnaissance*, Op. cit., p.205.

la promesse, entre son début, l'acte de parole, et sa fin, l'acte réalisateur. « *La promesse ne reposant pas sur un élément déclaratif, elle n'a pour test que son exécution effective : la tenue ou non de la parole donnée.* »⁹⁷⁵. Promettre pour tenir parole relève de l'engagement et de la révélation profonde du locuteur car acteur. La qualification de la promesse, personnelle ou professionnelle, dépend de la même personne. Ainsi, le locuteur-acteur peut par une promesse professionnelle révéler le soi identitaire bien que la promesse soit professionnelle.

Le soi identitaire correspond à la personne dans sa singularité, sa structure propre, indépendamment de tout autre contexte. Le soi identitaire pourrait être résumé par l'identité individuelle laquelle s'est construite avant l'apprentissage professionnel. En complément, le soi professionnel définit l'identité de la personne lors de l'exercice de sa profession. Si le soi identitaire et le soi professionnel coexistent au sein de la même personne, ils peuvent être distincts du fait même des conditions d'exercice.

5.1.2.4 Promettre de ...ou la parabole du bon Samaritain

Luc relate dans son Evangile une parabole unique, celle du *bon Samaritain*⁹⁷⁶. Unique car elle ne figure que dans cet évangile. Unique car d'ordre profane « [...] *au sens où elle ne déploie pas la métaphore du Royaume mais pointe vers l'action à tenir dans ce monde [...]* »⁹⁷⁷. Ce récit est particulier par le mode descriptif choisi : seules les attitudes et actions de chacun sont relatées, dénuées de tout propos.

Un homme prenant la route entre Jérusalem et Jéricho est attaqué par des brigands, roué de coups et laissé pour mort. Passent un prêtre, puis un Lévite. Bien que l'ayant vu, aucun d'entre eux ne s'approche, ne s'arrête. Vient un Samaritain, qui « *rempli de compassion* »⁹⁷⁸, interrompt sa route, lui porte secours en versant sur les plaies *de l'huile et du vin*. Le Samaritain installe le blessé sur sa monture, et le conduit dans une auberge. Confiant l'homme à l'aubergiste, le bienfaiteur demande à ce que les soins nécessaires lui soient prodigués, s'engageant à payer les frais engendrés lors de son passage de retour.

⁹⁷⁵ *Ibid.*, p.209.

⁹⁷⁶ Evangile selon Saint Luc, X. Versets 25-37.

⁹⁷⁷ L. Boltanski, *La souffrance à distance*, Paris, Gallimard, Folio essais, 2007, p.29.

⁹⁷⁸ Evangile selon Saint Luc, X. Verset 33.

Cet épisode est encadré par deux questions. En question introductive, mention est faite de l'accès à la vie éternelle, et en conclusion, intervient la question du prochain. La narration débute par une interrogation, et se termine par une autre, le lien tacite étant que l'accès à la vie éternelle nécessite de s'intéresser à son prochain. Cette parabole met en relief l'engagement c'est-à-dire la « [...] *conjonction entre la possibilité de connaître et la possibilité d'agir qui définit une situation caractérisée par le fait qu'elle propose un engagement [...]* »⁹⁷⁹. Alors que la totalité du récit est de composition profane, le but est de permettre aux auditeurs de s'interroger sur le prochain. La figure majeure qui émerge est manifestement celle du secours et des soins portés au plus faible, le prochain, celui dont la vie est liée à l'assistance d'autrui. Comparé aux deux précédents passants, le Samaritain n'a pas d'obligation supplémentaire expliquant qu'il s'occupe de l'homme blessé. Seule la compassion, véritable sentiment - uniquement dévolu à Jésus et à Dieu dans tous les évangiles - est le moteur de ses actes. Aucun sentiment autre que la compassion n'est mentionné, seul l'agir est décrit, visant à soulager, soigner le malheureux. Dès lors, le Samaritain s'arrête, détourne sa route, ou du moins suspend son chemin en vue de donner lui-même des soins (huile et vin), avant de confier le blessé à l'aubergiste. Ce geste de déléguer les soins à quelqu'un correspond à ce qu'il est convenu aujourd'hui d'appeler la continuité des soins. Enfin, le Samaritain ne compte ni son temps ni son argent, s'engageant à rémunérer l'aubergiste et à revenir afin de le payer. L'attention portée à l'homme blessé, au plus faible, est totale. Le contraste avec le prêtre et le Lévite est saisissant. Ces derniers sont liés au Temple, et leur attitude semble sans doute motivée et légitimée, par une loi interdisant de toucher les morts. Le Samaritain représente une figure ennemie pour ceux à qui Jésus narre cette parabole, car il est « *un vil étranger venu du royaume septentrional d'Israël qui ne sacrifiait pas à Jérusalem* »⁹⁸⁰.

Cette histoire pousse le lecteur à s'interroger sur l'attitude des trois hommes ayant aperçu le blessé. Par ce biais, le questionnement devient réflexif à savoir quelle aurait été sa propre attitude en pareilles circonstances ; l'auditoire étant semblable au prêtre et au Lévite. L'attitude d'abandon, pour choquante qu'elle est, révèle, selon Luc Boltanski dans son ouvrage « *La souffrance à distance* », un phénomène appelé « *cécité morale* » empêchant de se représenter la « *souffrance des malheureux* »⁹⁸¹. Luc Boltanski reprend l'analyse d'Hannah Arendt selon laquelle « *la compassion*

⁹⁷⁹ L. Boltanski, *La souffrance à distance*, Op. cit., p.30.

⁹⁸⁰ I. Illich, *La corruption du meilleur engendre le pire*, Paris, Actes Sud Spiritualités, 2007, p. 87.

⁹⁸¹ L. Boltanski, *La souffrance à distance*, Op. cit., p.25.

s'adresse au singulier, à des êtres souffrants singuliers [...] »⁹⁸², sans pouvoir la généraliser. De plus, la compassion « [...] comble l'espace entre la vue et le geste, entre la connaissance et l'action ne laissant que l'alternative de la fuite ou du secours, et cela malgré l'indétermination du malheureux, qui est n'importe qui. »⁹⁸³. Le bon Samaritain choisit le secours. En agissant de la sorte, il se détache de son origine, reconnaît le blessé comme un être humain, et ne considère que son appartenance au genre humain. Le Samaritain sollicite sa conscience morale, agit pour celui qui est blessé. Cet acte le caractérise pleinement, et il reçoit *de facto* une perception de lui-même. Ainsi, dans « *Face à l'extrême* », Tzvetan Todorov, abordant la vie dans les camps de concentration, évoque l'entraide : « [...] le destinataire de l'acte reçoit aussi un bénéfice supplémentaire : celui d'être reconnu comme un être humain qui peut devenir non seulement l'instrument d'une action, mais aussi son but. »⁹⁸⁴. Ce propos rejoint l'impératif pratique kantien⁹⁸⁵, à savoir l'humain comme finalité ultime, et non, seulement, comme un moyen : « *Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre toujours en même temps comme une fin, et jamais simplement comme un moyen.* »⁹⁸⁶.

Si cette évocation du bon Samaritain est fréquemment associée au geste de secours, à l'attitude charitable, véritable acte de bonté, sa force réside ailleurs : dans la transgression. « [...] cette familiarité voile ce que la parabole a de choquant, et qu'on ressentira peut être à nouveau aujourd'hui si on se figure plutôt un Palestinien portant secours à un juif blessé : non seulement il s'écarte de sa solidarité ethnique envers ses pareils, mais il commet une sorte de trahison en soignant un ennemi. Par son geste, il exerce une liberté de choix dont on a souvent négligé la nouveauté radicale. »⁹⁸⁷. En cela, le Samaritain est une figure éthique majeure. Car la valeur de l'acte est antérieure aux soins, et est liée au statut de celui qui porte secours, un Samaritain. Confronté à un homme portant la figure de l'ennemi, le Samaritain est pris de compassion, et enfreint la loi des Hommes, loi pourtant imposée. En cela, il rejoint profondément la figure de *L'homme révolté*, celui qui dit *non*, qui récuse la loi en vigueur. Selon Ivan Illich, la lecture du bon Samaritain ne doit pas être celle du devoir moral, mais bien celle du prochain, correspondant à un thème éthique capital, car « [...] nous nous accomplissons en tant que créatures par l'établissement d'une relation qui peut paraître

⁹⁸² *Ibid.*, p.26.

⁹⁸³ *Ibid.*, p.35.

⁹⁸⁴ T. Todorov, *Face à l'extrême*, *Op. cit.*, p.94.

⁹⁸⁵ E. Kant. *Fondements de la métaphysique des mœurs*, *Op. cit.*, p. 150.

⁹⁸⁶ *Ibid.*, p. 150.

⁹⁸⁷ I. Illich, *La corruption du meilleur engendre le pire*, *Op. cit.*, p. 87.

*arbitraire aux yeux de tout autre, car elle répond à un appel - celui du juif dans son fossé - et non à une catégorie »*⁹⁸⁸. L'identité du blessé ne saurait empêcher le secours et la relation, seul l'autre compte indépendamment de toute autre considération.

Cette figure du bon Samaritain a été reprise pour développer la notion de « *non-assistance à personne en danger* » correspondant au comportement du prêtre et du Lévite, laissant de côté le courage de déroger aux lois de leur appartenance. Notons que l'acte de « *non-assistance à personne en danger* » est répréhensible, inscrit dans le code pénal (article 223) et non dans le code de santé publique, tout citoyen étant concerné indépendamment de sa profession. Le corollaire est l'obligation de porter assistance à toute personne en situation de danger. Cette obligation peut s'apparenter à une forme de promesse tacite, celle de l'assistance dès que nécessaire, sans besoin d'un quelconque critère annexe. Toutefois, la dimension éthique n'a pas été conservée lors de l'utilisation de cette figure ; certaines lois nord-américaines s'appuyant sur celle-ci pour la protection de celui/ceux qui portent secours au cas où leur assistance serait source de dommages involontaires.

5.1.2.5 *Se promettre ou l'engagement identitaire*

Le verbe promettre est un verbe qui sur le plan grammatical est réflexif. Cette réflexivité statue la possibilité de *se promettre* c'est-à-dire la possibilité pour l'auteur de l'acte locutoire de se prendre pour témoin principal. Pour autant, Hannah Arendt affirme que la promesse nécessite obligatoirement une présence extérieure. La possibilité de promettre à soi-même lui semble inconcevable. Selon elle, *se promettre* ne fonderait aucun lien à la promesse, et s'assimilerait à un « *rôle joué pour soi* »⁹⁸⁹. L'aspect négatif est à la fois stigmatisé et concentré par la convocation de la notion *rôle*. Ce type de promesse ne serait pas véritable, la personne du fait du *rôle* endossant un personnage, et la promesse sonnait faux. Pardon et promesse « [...] *dépendent donc de la pluralité, de la présence et de l'action d'autrui, car nul ne peut se pardonner à soi-même, nul ne se sent lié par une promesse qu'il n'a fait qu'à soi ; pardon et promesse dans la solitude ou l'isolement demeurent irréels et ne peuvent avoir d'autre sens que celui d'un rôle que l'on joue pour soi.* »⁹⁹⁰. Hannah Arendt associe pardon ou promesse à la

⁹⁸⁸ *Ibid.*, p. 89.

⁹⁸⁹ H. Arendt, *Op. cit.*, p.303.

⁹⁹⁰ *Ibid.*, p.303.

nécessaire présence de l'autre, afin que le lien ne semble pas irréel, et ne puisse être défait. La solitude anéantirait en quelque sorte l'engagement. Et Hannah Arendt d'affirmer encore « *D'un autre côté, le code moral auquel donnent lieu les facultés de pardon et de promesse repose sur des expériences que nul ne peut faire dans la solitude et qui se fondent entièrement au contraire sur la présence d'autrui.* »⁹⁹¹. Dès lors, la promesse serait assortie de conditions, celles de ne pouvoir avoir pour locuteur et bénéficiaire/destinataire la même personne.

Cet argument pose néanmoins question. Qu'advient-il dès lors de ce verbe pourtant réflexif ? La grammaire n'aurait-elle aucun fondement ? Bien sûr, il est possible de ne penser le « *se promettre* » que comme la réflexivité vis-à-vis d'autrui et non de soi-même. Pourtant, le langage dit aussi la possible promesse à soi-même, ce que réfute Hannah Arendt. Elle aborde la notion de promesse à garder qui ne « *concernent que soi* »⁹⁹², sans pour autant parler de promesse *pour* soi. Les promesses qui « *ne concernent que soi* » seraient-elles exclusives car appartenant à la sphère du secret ? Une promesse qui ne concerne que soi est-elle une promesse dont le bénéficiaire serait unique, même si le témoin est distinct ? Quelle serait la nature de cette promesse qui ne pourrait être digne d'intérêt pour autrui alors même qu'il faut une présence extérieure pour promettre ? Rien ne permet ici de déterminer la spécificité de ces promesses évoquées par Hannah Arendt, car elle n'en développe pas le contenu.

Au demeurant, la promesse faite à soi-même existe bel et bien. Pour exemple, Romain Gary s'est promis, en son for intérieur, de rendre justice à sa mère. « *Je n'entendais plus les rires, je ne voyais plus les regards moqueurs, j'entourais ses épaules de mon bras et je pensais à toutes les batailles que j'allais livrer pour elle, à la promesse que je m'étais faite, à l'aube de ma vie, de lui rendre justice, de donner un sens à son sacrifice et de revenir un jour à la maison, après avoir disputé victorieusement la possession du monde à ceux dont j'avais si bien appris, dès mes premiers pas, la puissance et la cruauté.* »⁹⁹³. Et tout au long de sa vie, cet écrivain n'aura de cesse que d'aboutir à rendre justice à sa mère, concrétisant ainsi cette promesse, sa promesse. Cette promesse est-elle uniquement destinée à sa mère corroborant l'affirmation d'Hannah Arendt de l'impossible promesse faite à soi-même ? Cette promesse est un élément qui le relie indubitablement à la figure maternelle. A n'importe quelle étape de sa vie, cela lui permet d'avoir un but qu'il s'est lui-même fixé

⁹⁹¹ *Ibid.*, p.303.

⁹⁹² *Ibid.*, p.304.

⁹⁹³ R. Gary, *La promesse de l'aube*, Paris, Gallimard, Folio, 2015, p.17.

et, *in fine*, de savoir qui il est. « *Si nous n'étions liés par des promesses, nous serions incapables de conserver nos identités ; nous serions condamnés à errer sans force et sans but, chacun dans les ténèbres de son cœur solitaire, pris dans les équivoques et les contradictions de ce cœur - dans des ténèbres que rien ne peut dissiper, sinon la lumière que répand sur le domaine public la présence des autres, qui confirment l'identité de l'homme qui promet et de l'homme qui accomplit.* »⁹⁹⁴. Car la promesse caractérise son auteur, et révèle conséquemment son identité. Car la promesse est source de force, et constitue une forme de but. Toutefois, cette dimension serait inenvisageable sans la présence des autres, lesquels seraient, selon Hannah Arendt, la condition indispensable du lien. Ainsi, la promesse serait-elle source de stabilité, déjouant les turpitudes de la solitude. Le lien induit par la promesse peut s'envisager tant vis-à-vis d'autrui, que vis-à-vis de soi-même. Est-ce la force de ce lien qui rompt la solitude de Romain Gary, et le lie perpétuellement à sa mère, celle à qui il doit tout ? Est-ce la force de ce lien qu'évoque Pearl Buck en caractérisant la promesse comme un espoir indéfectible, un lien à la possibilité de ne pas sombrer : « *Au plus profond du désespoir, l'homme a besoin d'espérer et de croire à la promesse qui lui a été faite, même si ce n'est qu'une promesse...* »⁹⁹⁵ ? N'être que paroles avant d'être vraiment, véritablement, concrètement, et en paroles fonder et nourrir un espoir salvateur.

La promesse n'est pas univoque : elle permet de se lier à autrui, mais aussi de conserver son identité, et conséquemment d'exister pleinement de façon cohérente. Si la promesse ne peut être faite à soi-même, deux options sont envisageables : celle d'une promesse faite à/pour autrui sans qu'il ne le sache, celle d'une promesse faite d'une partie de soi pour soi-même *tout entier*. Soi-même comportant en situation de soins, le soi professionnel et le soi identitaire. Ainsi, la promesse de la rencontre, d'être utile à la rencontre est-elle non seulement possible, mais aussi recevable. Soit la promesse de la rencontre est énoncée à soi-même pour le bien des deux personnes (personne malade et soignant), soit la promesse est émise du soi professionnel pour le soi identitaire. Cette seconde option permet de ne pas dénouer le soi professionnel du soi identitaire, et d'éviter que le soi professionnel ne soit pas en harmonie avec le soi identitaire. Citons Kundera dans *La Plaisanterie* qui par la voix de Ludvik affirme : « *...il n'existait aucun moyen de rectifier l'image de ma personne,[...] ; je compris que cette image (si peu ressemblante fût-elle) était infiniment plus réelle que moi-même ; qu'elle n'était en aucune façon mon ombre, mais que j'étais, moi, l'ombre de mon image ; qu'il*

⁹⁹⁴ H. Arendt, *Op. cit.*, p.303.

⁹⁹⁵ P. Buck, *Promesse*, Genève, Editions Jeheber, 1969, p.7.

n'était nullement possible de l'accuser de ne pas me ressembler, mais que c'était moi le coupable de cette dissemblance... »⁹⁹⁶. L'identité personnelle et professionnelle ne peuvent être disjointes, sous peine de ne plus être soi-même, ou d'avoir une construction dichotomique dont les conséquences seraient désastreuses. La cohérence entre l'identité professionnelle et personnelle est requise pour être pleinement dans le soin : le soin à l'autre, mais aussi à soi-même, constitué du soi professionnel et du soi identitaire. Cette harmonie évite que le soi professionnel ne s'apparente à un étranger, et donc à un personnage. Cette cohérence autorise, et permet dès lors, la dialectique entre le soi professionnel et le soi identitaire.

5.2 La promesse au cœur de l'acte médical

5.2.1 Promesse fondatrice ou le serment d'Hippocrate

Devenir médecin débute par la lecture du serment d'Hippocrate déjà précédemment abordé⁹⁹⁷. Le terme de serment révèle que la composante extérieure, à laquelle s'adresse le serment, est centrale. Initialement, cette composante extérieure était représentée par les Dieux. En effet, le texte original, tel que traduit littéralement par Jeanne Ducatillon⁹⁹⁸ commence par « *Je jure par Apollon médecin, par Asclépios, par Hygie et Panacée par tous les dieux et pas toutes les déesses et je les prends à témoin, que j'exécuterai complètement selon mes forces et selon mon jugement ce serment et cet engagement écrit [...]* »⁹⁹⁹.

La version actuelle, utilisée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, ne spécifie pas quel est le texte source, la traduction utilisée. S'agit-il du texte publié par Emile Littré au tome IV de ses *Œuvres complètes d'Hippocrate*¹⁰⁰⁰ ? En comparant la version de Jeanne Ducatillon avec celle du Conseil National de l'Ordre des Médecins, il apparaît que les lignes directrices sont similaires sans, cependant, de réelle traduction littérale. L'esprit du Serment est maintenu, à savoir les thématiques et les attitudes en regard. Dans la version du Conseil National de l'Ordre des Médecins, la promesse est à la fois inaugurale et conclusive, encadrant le texte. De la première phrase - « *Au*

⁹⁹⁶ M. Kundera, *Op. cit.*, p.151.

⁹⁹⁷ Cf. Partie 5.2.1 : *Fidélité au serment d'Hippocrate*

⁹⁹⁸ Cf. Annexe 4 : *Traduction du serment d'Hippocrate selon Jeanne Ducatillon*.

⁹⁹⁹ Ducatillon J., *Le Serment d'Hippocrate, problèmes et interprétations*, Bulletin de l'Association Guillaume Budé, numéro 1, Mars 2001, p.34-59.

¹⁰⁰⁰ E. Littré, *Œuvres complètes d'Hippocrate*, 1839, Paris, Ed JB Baillière, p.633.

moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de la probité et de l'honneur. »¹⁰⁰¹ -, à la dernière - « Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »¹⁰⁰². La promesse ne peut être niée, ce d'autant qu'elle a lieu, à voix haute, devant témoins. Ainsi, pour gratification, « *il est promis* », en retour, au professant l'estime et la reconnaissance des pairs. Pour sanction, selon, le déshonneur et le mépris, formes d'ostracisme. Les gratifications et les sanctions, sortes de promesse en miroir, sont de véritables jugements de valeur de celui qui respecte ou non la parole donnée. Ces jugements, pourtant liés à la promesse professionnelle, sont donc directement adressés à l'auteur de la promesse, au *qui*, au soi identitaire, et viennent éclairer ou assombrir son identité.

La version du Conseil National de l'Ordre des Médecins utilise le verbe *promettre* tandis que des versions plus littérales (celle d'Emile Littré ou de Jeanne Ducatillon) mentionnent les verbes *jur*er et *parjurer*. Le verbe *promettre* n'existe pas en grec. Jeanne Ducatillon dont la traduction littérale, méconnue de la sphère médicale, est issue du texte publié par J. Heiberg en 1927¹⁰⁰³, précise néanmoins dans son analyse que « [...] *les divergences, de pure forme, n'affectent pas le sens général du texte* »¹⁰⁰⁴. Elle insère explicitement la dimension de « *promesse solennelle* »¹⁰⁰⁵. La fidélité des traductions mais aussi des versions proposées, bien que non spécifique à ce texte, pose donc question, sans toutefois, *a priori* totalement dénaturer le sens du texte.

Dans la version de Jeanne Ducatillon, la promesse du serment d'Hippocrate est à la fois un lien professionnel patent, mais aussi un lien personnel car personnifié. Lien professionnel car cette promesse concerne de fait le métier de médecin et se prononce devant des pairs. Lien personnel, car sont invoqués, en dernier lieu, les témoins et destinataires, « *les hommes et mes confrères* ». L'ordre utilisé et les pronoms sont importants à remarquer. « *Les hommes* » au sens large, prouve que le manquement à la promesse s'adresse à la cité entière, et ne saurait concerner le seul soi professionnel. Dans cette phrase, mention n'est pas faite des malades, élément susceptible de

¹⁰⁰¹ Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Serment d'Hippocrate*, version du 05/01/2012.

¹⁰⁰² *Ibid.*

¹⁰⁰³ Ducatillon J., *Le Serment d'Hippocrate, problèmes et interprétations*, Bulletin de l'Association Guillaume Budé, numéro 1, Mars 2001, p.35.

¹⁰⁰⁴ Ducatillon J., *Le Serment d'Hippocrate, problèmes et interprétations*, Bulletin de l'Association Guillaume Budé, numéro 1, Mars 2001, p.36.

¹⁰⁰⁵ Ducatillon J., *Le Serment d'Hippocrate, problèmes et interprétations*, Bulletin de l'Association Guillaume Budé, numéro 1, Mars 2001, p.39.

souligner la relation d'Homme à Homme, et non du médecin au *statut* quelque peu réducteur de malade. Le libellé « *Mes confrères* » et non les confrères, démontre l'appartenance réelle à la communauté dans laquelle le doctorant s'apprête à entrer, et donc la personnification. Aucune ellipse telle que « la communauté ici réunie » ou « les confrères aujourd'hui présents », mais bien « *mes confrères* » ayant pour point commun la même profession. De plus, le professant sera vraisemblablement, un jour, témoin à son tour de cette lecture dont l'écoute rappellera, tel un miroir, la promesse antérieurement prononcée. Le lien personnel est encore accru par le fait que le manquement à la promesse n'est pas rattaché à la faute, à la déontologie, mais bien au jugement de valeur de sa propre personne. Le jugement n'est pas un jugement de fait(s), mais bien de valeur via l'*estime*, le *déshonneur* ou le *mépris*. Même si le texte énonce les devoirs envers les maîtres et les malades, l'engagement officiel relevant de la promesse du serment est d'ordre non seulement moral, mais bien plus éthique car du soi professionnel vis-à-vis du soi identitaire.

Il existe dans le serment d'Hippocrate du Conseil National de l'Ordre des Médecins des promesses moins explicites, car non précédées d'une formule aussi déclarative et littérale que le « *je promets* ». Cela concerne la confiance des personnes, malades - « *Je ne tromperai jamais leur confiance [...].* »¹⁰⁰⁶-, et le fait de donner la mort - « *Je ne provoquerai jamais délibérément la mort.* »-. En ayant recours, à chaque fois, au futur affirmatif souligné par le « *jamais* », l'engagement est incontournable, et promesse est faite. La force de la promesse est contenue par l'adverbe « *jamais* » qui ôte toute dérogation possible, et a donc valeur de *toujours*.

La promesse de la confiance n'existe pas dans la traduction littérale de Jeanne Ducatillon. Quant à la mort, Jeanne Ducatillon traduit ce passage par « *Je ne remettrai à personne de drogue qui puisse causer la mort, même si on m'en demande et je ne suggérerai pas un tel conseil.* »¹⁰⁰⁷. Si la notion de mort est abordée, la dimension de l'intentionnalité n'est pas identique entre les deux versions.

Ainsi, le premier acte est-il la promesse officielle devant témoins de se conformer à un comportement respectueux tant de règles professionnelles, mais surtout de règles comportementales, éthiques. Si la promesse est prononcée par le soi professionnel,

¹⁰⁰⁶ Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Serment d'Hippocrate*, version du 05/01/2012.

¹⁰⁰⁷ Ducatillon J., *Le Serment d'Hippocrate, problèmes et interprétations*, Bulletin de l'Association Guillaume Budé, numéro 1, Mars 2001, p.35.

elle engage également le soi identitaire, ce d'autant que les jugements de valeur issus de cette promesse - *estime, déshonneur* - concernent le soi identitaire.

5.2.2 Promesse illusoire de la médecine

La promesse initiale mais surtout initiatique de la médecine est donc cristallisée par la lecture du Serment d'Hippocrate clôturant l'apprentissage, et ouvrant la voie de l'autonomie. Si certains thèmes sont similaires entre le serment d'Hippocrate et le code de déontologie, leur abord et leur développement n'en est pas identique, la finalité des deux textes étant distincte. Le serment d'Hippocrate a une valeur morale, et surtout éthique indéniable, une fonction de véritable promesse. Le code de déontologie revêt la forme d'un contrat dans sa rédaction - articles successifs -, mais également dans son utilisation, car opposable sur le plan juridictionnel. Le préambule du code de déontologie le mentionne clairement dans son libellé : « *Les principes énoncés dans chaque article du Code de Déontologie font l'objet de commentaires adoptés par le Conseil National de l'Ordre des Médecins. Ces commentaires ont pour objet d'explicitier l'interprétation que le Conseil National donne de la lecture de chaque article. Ces commentaires de « doctrine » ne constituent pas une règle juridique. Cette règle ne dépend que de l'appréciation des juges disciplinaires sous le contrôle de légalité exercé par le Conseil d'Etat.* »¹⁰⁰⁸. La portée et l'utilisation du code de déontologie ne sont pas spécifiquement ni morales, ni éthiques. Ce code ne comporte par ailleurs aucune notion de promesse.

La promesse du serment pourrait sembler de nos jours bien pâle et, pour le grand public, sans doute quelque peu anachronique. Pour autant, la médecine ne manque pas de promesses, ces dernières semblant presque s'accroître au fil du temps. En effet, sous réserve de temps, les avancées scientifiques sont incessantes et paraissent presque illimitées. Ce qui est attendu de la médecine, c'est de *pouvoir tout*, soit l'utopique promesse de la guérison absolue, non pas celle d'une stabilisation, mais bien d'un retour à l'état antérieur, *ad integrum*. La dimension de guérison reste et demeure l'ambition de la médecine, sa promesse étant d'abord d'apporter des soins adaptés. Pour les Docteurs Pinel et Bricheteau, la promesse médicale est de « *remédier* ». « *La médecine, en général, ne doit point présenter à notre esprit l'idée d'une science qui guérit puisqu'elle ne nous fournit pas des moyens de curation pour toutes les infirmités*

¹⁰⁰⁸ Code de déontologie médicale, édition avril 2017.

humaines ; je crois qu'on la définirait d'une manière plus exacte, en disant qu'elle est l'art de connaître et de traiter les maladies, et sous ce rapport il conviendrait mieux de lui donner pour synonyme la dénomination de science médicale, d'art médical, que celle d'art de guérir. »¹⁰⁰⁹. Il est question en pareille approche de la promesse de LA médecine, et non de celle du soignant. Si le serment d'Hippocrate a le mérite du « je » engageant, il n'en demeure pas moins que la promesse est formelle.

L'art empirique médical s'est modifié affirme Ivan Illich, les médecins ayant dévié la finalité de leur exercice : « *L'art empirique de guérir celui qui peut l'être n'intéresse plus les médecins : ils sont engagés dans une lutte pour le salut de l'humanité, qu'ils veulent dégager des entraves de la maladie et de l'invalidité, et même de la nécessité de mourir.* »¹⁰¹⁰. Eradiquer la maladie, voire toute séquelle, jusqu'à abolir la mort serait devenu l'ultime lutte. L'*Evidence Based Medicine* participe à cette modification du rapport au malade. Initiée pour connaître le devenir des malades selon leur pathologie et leur traitement. La littérature médicale tend à servir de référence absolue quant aux prises en charge, voire même à uniformiser les traitements ; la singularité étant annexe et non centrale. Si le développement de la recherche médicale et, conséquemment, de la littérature médicale ne sont pas à remettre en cause, car source d'avancées considérables, leur utilisation pratique peut parfois poser question. En effet, le corollaire des publications autorise, voire légitime pour certains praticiens, une déduction anticipatoire des possibilités de traitement. Ainsi, des malades dont les statistiques issues de l'*Evidence Based Médecine* révèlent une lourde mortalité ne sont pas toujours admis dans les unités spécialisées, mais laissés à la charge des urgentistes¹⁰¹¹. « *Le malade qui avait servi de matériel éducatif pour le clinicien s'est transformé en matière première pour l'avancement de la science médicale. Chaque traitement n'est que la répétition d'une expérience ayant une probabilité de succès définie. Chaque résultat, qu'il soit positif ou négatif, est un pas vers la décision qui sera prise dans le choix du traitement d'un prochain patient.* »¹⁰¹². La médecine étant perçue, selon Ivan Illich, comme un outil de « *production de santé* »¹⁰¹³, la relation à l'autre risque d'être fondamentalement dénaturée, si ce n'est déjà le cas pour certaines disciplines. De plus, le rapport de la personne à son propre corps est aliéné. « *La médecine devient un atelier de réparation et d'entretien destiné à maintenir en état de fonctionnement*

¹⁰⁰⁹ P. Pinel et I. Brichteau, *Médecine, dictionnaire des sciences médicales*, vol. 31, 1819, p.381 cité par H. Guillemain dans *Qui tient promesse ?*, Paris, Gallimard, Essais Folio, 2015, p.154-155.

¹⁰¹⁰ I. Illich, *Némésis médicale, l'expropriation de la santé*, Op. cit., p.121.

¹⁰¹¹ Cf. Partie 4.3.3.3 : *Responsabilité transitive*

¹⁰¹² I. Illich, *Némésis médicale, l'expropriation de la santé*, Op. cit., p.121.

¹⁰¹³ *Ibid.*, p.15.

l'homme usé par une production inhumaine. »¹⁰¹⁴. Cet atelier de réparation n'est pas sans conséquence collatérale, allant, toujours selon Ivan Illich, à être source de symptômes cliniques : « *Sans doute, l'institution médicale est-elle à l'origine de bien des symptômes cliniques que l'intervention isolée d'un médecin ne pourrait produire.* »¹⁰¹⁵. En filigrane, Ivan Illich dénonce la perte de l'humain au sein d'un système de soins unifié venant gommer le rapport simple et sain entre soignant et personne, malade, mais également, d'abord, le rapport de la personne, malade, à elle-même, et sa capacité décisionnelle.

La consultation serait guidée par la quête permanente du trouble fut-il quiescent, à savoir le dépistage, source d'anxiété, mais aussi d'aliénation quant à la prédiction. « *La mise en œuvre de procédures routinières de dépistage précoce sur des populations importantes garantit au médecin « scientifique » l'existence d'une matière première abondante pour son activité : il pourra y puiser les beaux cas correspondant le mieux aux possibilités de traitement, ou les plus intéressants pour la recherche, que la thérapeutique apporte ou non la guérison ou le soulagement.* »¹⁰¹⁶. L'adjectif *scientifique* apposé au médecin, à la recherche de la maladie, le transforme en enquêteur, et non plus en personne donnant des soins. Dès lors, les rôles ne sont plus lisibles de part et d'autre : « *Le rôle de médecin est devenu quelque chose de très mal défini. Les professions de santé produisent maintenant un amalgame de services cliniques, de médecine scientifique et de gestion technique de la santé publique. Les médecins ont affaire à des clients qui tiennent simultanément plusieurs rôles à chacun de leurs contacts avec l'institution médicale. Ils sont transformés en patients que la médecine teste et répare, en administrés dont la santé est prise en charge par une bureaucratie médicale et en cobayes sur lesquels la science médicale pratique des expériences.* »¹⁰¹⁷. Le médecin semblerait être devenu un gestionnaire, et la personne, malade, un client - la loi du 4 mars 2002 utilisant, rappelons-le, le terme d'*usager d'un système de santé*¹⁰¹⁸ - . Au fur et à mesure, la part de bureaucratie assumée par les médecins leur ferait perdre le sens clinique¹⁰¹⁹. Ivan Illich impute ce tournant majeur à « *la dissociation de la médecine et de la philosophie qui coïncida avec la création des universités [...]* »¹⁰²⁰. L'observation des symptômes physiques nécessite, certes,

¹⁰¹⁴ *Ibid.*, p.10.

¹⁰¹⁵ *Ibid.*, p.47.

¹⁰¹⁶ *Ibid.*, p.69.

¹⁰¹⁷ *Ibid.*, p.79-80.

¹⁰¹⁸ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

¹⁰¹⁹ I. Illich, *Némésis médicale, l'expropriation de la santé*, *Op. cit.*, p.121.

¹⁰²⁰ I. Illich, *La corruption du meilleur engendre le pire*, *Op. cit.*, p.179.

l'observation de la personne, mais ne peut se faire sans la rencontrer vraiment. Car observer sans parler, sans se centrer sur l'autre n'est pas *clinique*, mais gestionnaire d'une mécanique corporelle tel un écho aux propos d'Ivan Illich.

Si la vision d'Ivan Illich peut être perçue comme extrême, elle met cependant en relief la mutation progressive de la médecine, illustrée par certains faits bien réels. La nécessité de mieux soigner a poussé les cliniciens à effectuer des recherches, lesquelles ont induit, par un effet mécanique, un besoin, pour ne pas dire une soif, de connaissances au point de ne plus voir l'autre comme une personne, mais comme un matériau d'études. De fait, les praticiens sont devenus des cliniciens-chercheurs. Parallèlement, l'outil hospitalier se doit d'être rentable, plaçant parfois cette rentabilité avant le service rendu aux personnes, malades. Cependant, l'*usager du système de santé* qu'est devenu le *patient*, a lui aussi suivi le mouvement de la recherche : recherche de la vérité passant souvent par l'image, recherche de la certitude de l'avenir requérant une médecine prédictive. Au fur et à mesure, la technique a changé de place, passant de l'aide diagnostique au pivot relationnel. Chiffres biologiques et images radiologiques vaudraient mieux qu'expérience et expertise professionnelles. La médecine est détentrice, mais aussi victime, d'une promesse illusoire, celle de l'absence de limites fondée sur la progression technique.

5.2.3 Conditions d'une nouvelle promesse

Revenir à la notion de rencontre même, sans autre artifice, c'est revenir à une médecine *humaine* et humaniste : lui redonner la dimension du rapport humain, d'humains, plutôt que la réduire, la cantonner à une technique. Rapport de soi à soi-même et de soi à un Autre, ces rapports s'inscrivant dans une *dialectique soignante* telle que nous l'avons définie au cours de ce travail¹⁰²¹. Cette dimension est valable tant pour le soignant, que pour la personne, malade. Éprouver la maladie engendre une perception différente de son corps, et parfois le nécessaire recours à l'avis d'un professionnel. Lors de la faillite du corps, de l'existence d'une perception apparaissant comme anormale, le rapport de la personne, malade, s'inscrit d'abord dans la réflexivité, de soi à soi-même, puis, en présence du soignant, de soi à autrui. Donner des soins expose à la confrontation, au sens du face-à-face, d'un Autre face à soi, mais vient conséquemment solliciter le rapport de soi à soi-même, tant dans l'acte de soins,

¹⁰²¹ Cf. Partie 3.4.1 : *Analyse de la terminologie de la relation*

que dans la relation elle-même. Ainsi, ces perspectives pourraient-elles apparaître opposées. La personne, malade, est dans la confrontation de soi à soi-même puis de soi à autrui, le soignant est, en regard, dans le rapport de soi face à autrui puis de soi à soi-même. Considérer ces face-à-face comme inverses ne serait pas idoine, car ils s'avèrent au contraire complémentaires. Le mouvement de rencontre pourrait être considéré comme la venue au(x) soignant(s) de personne(s), malade(s), et non plus comme le mouvement du (des) soignant(s) vers la/les personne(s) venue(s) consulter. Ainsi, dans le cadre de l'urgence extrahospitalière, les secours se déplacent jusqu'à la personne, tandis que dans un service d'urgences, les soignants prennent en charge des personnes s'étant déplacés. Indépendamment de ce mouvement géographique de l'un vers l'autre, rencontrer suppose d'aller vers l'autre. Au demeurant, ni la personne, malade, ni le soignant ne placent la rencontre en premier. Toutefois, celle-ci peut devenir un contretemps à l'urgence, qu'elle soit centrale quant à la nécessité des soins, ou périphérique, dans le ressenti de ce qui se joue.

Lorsque la rencontre est concluante (réussie ?), la narration reprend la dimension de rencontre « *J'ai rencontré un malade* », « *...un monsieur* », et non pas « *J'ai vu un malade...* ». Ou alors, entend-on parfois « *J'ai fait une belle rencontre* ». Se (re)placer dans un rapport humain, avant d'endosser sa blouse, serait sans doute l'image appropriée à la rencontre. « *Ce qui fait l'humanité du médecin, c'est la capacité qu'il a maintenue, par-delà sa formation scientifique, de rester en contact avec lui-même, et de ce fait avec l'autre.* »¹⁰²². Rester en contact, ne pas (se) perdre de vue, mutuellement et personnellement. N'est-ce pas là une promesse importante que celle de la rencontre ouvrant les perspectives d'une relation vraie au sens dialectique, et non pas d'un acte de soins isolé, dénué d'une humanité réellement perçue ? Puisque la médecine est victime d'une surenchère, faisant croire qu'elle peut *tout*, la relation semble futile, comme occultée à grande échelle, alors même qu'elle est recherchée et appréciée à *petite* échelle, dans le rapport humain. Dès lors, la *dialectique soignante* prend tout son sens. « *Chaque patient, chaque médecin est un sujet totalement humain, construit par une histoire, celle de l'un et de l'autre, une culture, celle de l'un et de l'autre, et un vécu immédiat, chargé à l'insu de l'un et de l'autre de tout ce qui leur est arrivé depuis qu'ils sont humains.* »¹⁰²³.

¹⁰²² P. Van Meerbeeck, J.P. Jacques, *L'inattendu, Ce qui se joue dans la relation soignant-soigné*, Paris, Ed. de boeck, 2013, p.295.

¹⁰²³ *Ibid.*, p.4.

Ni le modèle paternaliste, ni le modèle autonomiste ne peuvent être raisonnablement envisagés comme référence à la rencontre, et encore moins en contexte d'urgence. En effet, ces modèles sont conçus à l'aune de la prise de décision pour ou par la personne, malade, mais nullement en référence à un modèle relationnel. Désuet, le modèle paternaliste ne convient plus au regard de l'évolution non seulement médicale, mais aussi et surtout sociétale ; la société étant imprégnée de rapidité. Ce modèle paternaliste consiste à prendre la décision pour le malade, autrement dit à sa place, en ayant pour finalité de faire son bien, « *guidé par une morale téléologique* »¹⁰²⁴. Inadapté, le modèle autonomiste a pour prérequis la liberté d'un malade informé, dès lors considéré comme à même de prendre lui-même la décision, sa seule expertise étant d'être bénéficiaire de la dite décision. Or, la *dialectique soignante* en urgence ne procède pas d'un consentement mutuel qui aurait défini les modalités relationnelles et décisionnelles. Sortir de ces modèles - ou ne pas s'y réfugier- est une étape essentielle pour considérer avant tout la personne, indépendamment d'un éventuel statut de patient ou malade : « *Vous êtes mon patient, mais vous êtes avant tout une personne plutôt qu'un patient, et c'est vous, l'être humain total, qui êtes l'objet de mon attention, et non votre seule maladie.* »¹⁰²⁵. La *pré-occupation* n'est pas la prise de décision, mais bien l'étape de mise en présence, avant tout acte clinique et/ou décisionnel, même si ces étapes appartiennent pleinement à la consultation.

Si nous reprenons l'analyse de Paul Ricœur, il existe une « *promesse d'avant la promesse* »¹⁰²⁶, à valeur d'engagement préalable et préliminaire. S'engager à tenir parole envers soi-même constituant, selon Paul Ricœur, le véritable caractère d'*ipséité* de la promesse, ou encore la *volonté de constance*¹⁰²⁷. Autrement dit, la promesse ne tiendrait que par le fait de s'être promis de tenir parole avant toute autre parole, le *pour promesse*. « *La grandeur de la promesse a sa marque dans sa fiabilité. Plus précisément, c'est de la fiabilité habituelle attachée à la promesse d'avant la promesse que chaque promesse ponctuelle tire sa crédibilité au regard du bénéficiaire et du témoin de la promesse.* »¹⁰²⁸. Vient ensuite, dans le cadre professionnel, la seconde promesse, le serment d'Hippocrate correspondant à la première promesse en tant que

¹⁰²⁴ S. Rameix, *Du paternalisme des soignants à l'autonomie des patients ?* in C. Louzoun, D. Salas, *Justice et psychiatrie, Normes, responsabilité, éthique*, Toulouse, Erès, 1998. , disponible sur http://www.serpsy.org/actualites/Suzanne_Rameix.html

¹⁰²⁵ Reizen D.E., Rosen D.H., *Medicine as a human experience*. University Park Press, 1984, in A. Froment, *Pour une rencontre soignante*, *Op. cit.*, p. 111.

¹⁰²⁶ P. Ricœur, *Parcours de la reconnaissance*, *Op. cit.*, p.207.

¹⁰²⁷ *Ibid.*, p.207.

¹⁰²⁸ *Ibid.*, p.208.

doctorant. Le serment d'Hippocrate impose au professant, devant témoins, de respecter des valeurs professionnelles, convenues et admises par tous. Délimitant un champ d'actions possibles, tant positivement que négativement, le cœur du texte est la considération de l'autre, sa reconnaissance au travers de ses besoins et/ou demandes, l'adaptation à son besoin d'assistance. Si le professant est le lecteur du serment, il passe cependant au second plan, et ne pas le comprendre serait une erreur dommageable. En effet, le texte décrit les possibles, mais le sujet profond est la personne, malade, déterminant unique des attitudes à adopter. Savoir se mettre à sa disposition, le respecter, l'accompagner. En cela, la reconnaissance est centrale car elle oblige à reconnaître l'autre comme priorité et à se mettre à son service, ou à devenir en tant que médecin, son *substitut*¹⁰²⁹. Selon Hippocrate, le médecin doit s'atteler à plusieurs tâches distinctes : « *savoir, soigner, décider et éventuellement ne pas agir* »¹⁰³⁰. Ces étapes doivent avoir lieu au profit de la personne, malade, et non de la maladie, tel que l'indique le serment d'Hippocrate. Cette promesse unique a valeur d'absolu, lui conférant toute sa valeur. Car, « *la promesse tire son sens de son unicité. Répétée, elle perd sa vertu.* »¹⁰³¹. La lecture unique du serment signe et/ou stipule un indéfectible engagement, le médecin se devant, au quotidien, d'honorer par ses actes et/ou décisions cet engagement. Détermination et fidélité sont donc requises.

Néanmoins, il est à noter que la rencontre n'est pas explicitement abordée, même si le serment tisse indéniablement les attitudes à avoir - dont l'écoute, la discrétion par exemple - ainsi que les valeurs essentielles à la rencontre - respect, bienveillance notamment -. Sans parler de lacune quant à la rencontre, le serment n'y est pas, à juste titre, dédié. Dès lors, le questionnement est le suivant : quelle peut être la promesse pratique, sans artifice, du médecin face à la personne et non face au malade ? N'existe-t-il pas une promesse implicite, supplémentaire, celle du médecin face à lui-même ? Aussi, la promesse de la rencontre nous semble-t-elle nécessaire, le contexte de l'urgence venant renforcer cette dite nécessité. En effet, au-delà des promesses déjà abordées - « *promesse d'avant la promesse* » et le « *pour promesse* » du serment -, il nous semble du fait du contexte de l'urgence qu'une troisième promesse est requise. Mais une promesse non imposée, une promesse issue du libre arbitre du médecin, celle de la rencontre et d'être utile à cette rencontre. En effet, les circonstances de

¹⁰²⁹ Cf. Partie 5.1 : *Du constat au sursaut éthique*

¹⁰³⁰ Debru A., *Médecin et malade dans la médecine hippocratique : interrogatoire ou dialogue ?* p.37, in J Jouanna, A. Debru, P.Demont, M. Perrin, *Médecine antique, cinq études* Université d'Amiens, Faculté des Lettres, 1991, p.35-49.

¹⁰³¹ J. Greisch, *Op. cit.*, p.342.

l'urgence sont, comme définies précédemment, rapides, directes voire directives, conférant une forme de violence à la rencontre elle-même (violence au sens aristotélicien). Ne pas être attentionné à la rencontre en elle-même décuple la violence du contexte, et sort du champ du *prendre soin* pourtant convoqué par la responsabilité éthique tant individuelle que collective, par ailleurs garantie par le serment. Ne pas s'inquiéter de la rencontre, et ne pas s'en préoccuper par une promesse dédiée, serait une forme de non reconnaissance de l'autre en tant que sujet, et une négation de soi-même comme identité professionnelle et, par ricochet, personnelle. Car la rencontre concerne deux personnes. *L'utile* apparent semble concrétisé par les soins. Or, cet *utile* n'est pas unique, bien au contraire. « *J'ai horreur de ce qui est inutile. Mais le chiendent est de ne voir que ce qui est utile, confie Manet à Proust pendant l'une de leurs marches quotidiennes à travers la ville.* »¹⁰³². Manet ne s'intéresse qu'à *l'utile* artistique de l'époque. Ce propos transcrit de nos jours pourrait être signifié ainsi : la performance semble représenter à elle seule *l'utile* ; la relation, et de fait la rencontre, semblant totalement subalternes pour ne pas dire inutiles. Pourtant, se rendre disponible à la rencontre sert les soins, participe aux soins, donne du soin, du sens.

De plus, que cette nouvelle promesse, celle de la rencontre, soit profondément liée à l'autre, car exclusive, permet de contrecarrer la violence du contexte telle que nous l'avons définie. Violence de l'évènement obligeant à consulter urgemment : caractère impromptu, déstabilisant, angoissant. Violence du fonctionnement d'un service dont les *codes* sont inconnus mais existent bel et bien : bruit, flux, triage, réification, attente(s), incertitude(s), absence d'informations, inquiétude, angoisse, conditions d'hospitalisation dégradées... et tout cela dans une virevolte de temps variable, accentuant encore l'impact délétère des éléments cités. Car le temps file pour l'urgentiste et s'appesantit pour ceux qui attendent : la personne, malade, sa famille, ses proches... Temps continu pour les uns, les soignants, discontinu pour les autres, les personnes, malades. La plasticité du temps semble à la fois infinie et illimitée. Ces éléments factuels, du fait de leur violence intrinsèque, viennent exacerber les vulnérabilités décrites¹⁰³³, qu'il s'agisse de la vulnérabilité contingente, contextuelle ou concomitante. Se consacrer à la rencontre, par le viatique de la promesse, permet le lien à l'autre et devient un « *refuge* », « *un îlot de sécurité* »¹⁰³⁴ tant pour le malade que pour le(s) soignant(s). Cette promesse de la rencontre pourrait être ainsi libellée : la

¹⁰³² S. Chauveau, *Manet, Le secret*, Paris, Gallimard, Folio, 2016, p.100.

¹⁰³³ Cf. Partie 4.3.1 : *Vulnérabilités démultipliées*

¹⁰³⁴ H. Arendt, *Op. cit.*, p.301.

promesse de (se) rencontrer. Rencontrer l'autre, et au travers de cet Autre se rencontrer soi-même, et *in fine* induire une rencontre mutuelle.

5.3 La promesse comme un défi

5.3.1 Promesse intenable ou salvatrice ou l'ambivalence de la promesse

La promesse de la rencontre (que le médecin se fait à lui-même) pourrait être comparée à une sorte de « *pari-contradiction* » mêlant à la fois la certitude de l'engagement, et l'incertitude de la réalisation. L'incertitude est décuplée par le fait que la personne, malade, n'est pas informée de cette promesse ; sa participation à la réalisation de celle-ci étant donc hypothétique. De là à y voir son échec potentiel déjà contenu, il n'y a qu'un pas. Pour autant, ne pas/rien/jamais promettre n'est pas, ne serait pas valeureux. L'absence de promesse pourrait être investie comme l'évitement d'un risque supplémentaire ; les risques, en urgence, étant déjà nombreux. Par nature, la médecine d'urgence se définit par le(s) risque(s) imposé(s) et sans doute accru(s) du fait du temps court accordé pour prendre des décisions. Au demeurant, le(s) risque(s) professionnel(s) est (sont) su(s), connu(s), et se doi(ven)t d'être assumé(s) pour permettre un exercice libéré de la peur de mal faire, de se tromper. Or, le risque relationnel est un défi conjoint à la médecine. L'occulter ne saurait être possible. *Contrario*, oser envisager la promesse de la rencontre est une étape décisive de progression dans la perception de son métier, de sa pratique : « *En promettant, je me place intentionnellement sous l'obligation de faire quelque chose. Ici, l'engagement a la valeur d'une parole qui me lie.* »¹⁰³⁵. Si la promesse de la rencontre est d'ordre obligatoire, ou du moins émise comme telle, cela permet de s'ouvrir à l'autre au sens permissif, et ainsi d'avoir une pratique sans doute plus libre. Par analogie à « *l'homme agrandi* »¹⁰³⁶ d'Hannah Arendt, la rencontre *promise* est empreinte d'une dimension plus dense telle une « *rencontre agrandie* ». Et quand bien même cette promesse ne serait pas réalisée, accepter de l'endosser, à savoir la re-chercher, est une exigence qui pousse au meilleur. Cette exigence permet de rester à l'affût, de guetter cette rencontre, au fur et à mesure des rencontres, et pour chacune d'entre elles. « *Celle-ci (la promesse) doit toujours être à la fois, en même temps, infinie et finie dans son principe : infinie parce qu'elle doit pouvoir se porter au-delà de tout programme*

¹⁰³⁵ P. Ricœur, *Du texte à l'action*, Paris, Seuil, 1986, p.271.

¹⁰³⁶ H. Arendt, *Op. cit.*, p.303.

possible, et qu'à ne promettre que le calculable et le certain, on ne promet plus ; finie parce qu'à promettre l'infini à l'infini on ne promet plus rien de présentable, et donc on ne promet plus. »¹⁰³⁷. Ainsi, la promesse est-elle *définie*, valable pour chaque rencontre, et *indéfinie* car à rechercher et à construire sans cesse.

Cette promesse de la rencontre pourra parfois ne pas exister : une personne d'emblée agressive, notamment physiquement, ne permet pas, au moins dans un premier temps, de tenir promesse, et s'en démettre sera alors protection. Nulle sanction notamment de soi à soi-même quant à cette défection puisque les conditions s'avèrent périlleuses et qu'il ne s'agit pas d'une dé-mission, mais d'un report. En cela, cette suspension rejoint le propos de Machiavel, affirmant qu'il faut parfois ne pas tenir parole en cas de modification des conditions ayant amené à promettre ou de risque personnel¹⁰³⁸. La promesse peut alors être, selon l'expression utilisée par Emmanuel Delessert, « *un stable mouvant* »¹⁰³⁹. Quel(s) est (sont) l' (les) élément(s) stable(s) ? Sont stables la personne de soignant et la certitude de son engagement. Sont mouvants la personne, malade, distincte à chaque nouvelle rencontre, et l'incertitude de pouvoir remplir la promesse, incertitude à valeur de défi venant renforcer l'engagement. Est stable le lieu d'exercice. Est mouvant le mode d'exercice, chaque journée ne disposant pas d'un canevas pré-établi. « *Théoriquement pour m'engager, je dois d'abord me connaître ; mais en fait, je ne me connaîtrai réellement que si je suis d'abord engagé.* »¹⁰⁴⁰. Ainsi, cette promesse engageante de la rencontre permet-elle au soignant de se rencontrer au fur et à mesure des interfaces avec l'autre.

Mais *in fine*, la promesse n'est-elle pas implicitement, et peut être même foncièrement, irréalisable ? Se promettre d'être disponible à autrui en contexte soignant de façon absolue est illusoire, car ce serait oublier le but fondamental de la rencontre, les soins, mais aussi le poids de la/des contingence(s). Nonobstant, s'autoriser, parvenir à cet acte de promesse, véritable socle antérieur à toute rencontre, est un acte salvateur, conscient, de volition. Cette promesse, centrée sur l'humanité tant de la personne, malade, que du soignant, constitue une sorte de rempart, venant pondérer et, parfois même, éloigner les nombreuses contingences imposées. Dans ses dimensions positives, cette promesse induit, initie l'engagement solennel vis-à-vis

¹⁰³⁷ J. Derrida, *Avances*, in S. Margel, *Le tombeau du Dieu artisan*, *Op. cit.*, p.26.

¹⁰³⁸ Machiavel, *Op. cit.*, p.108.

¹⁰³⁹ Adèle Van Reeth, *Les chemins de la philosophie, A quoi bon promettre ?* France Culture, 03/06/2014.

¹⁰⁴⁰ P. Ricœur, *Entre éthique et ontologie : la disponibilité*, Colloque organisé par la Bibliothèque Nationale et l'association Présence de Gabriel Marcel, textes réunis par Michèle Sacquin, Paris, Bibliothèque Nationale, 1989, p.212.

d'autrui, indépendamment de celui-ci, car elle lui est antérieure. Cette promesse représente, et constitue un don fait à l'autre, en aveugle de celui-ci, le dédouanant ainsi de la dette liée à ce don. L'absence de cette promesse serait équivalente au silence, et réduirait l'engagement quant à son aspect relationnel. Dans ses dimensions négatives, cette promesse contraint le soignant en permanence, le ramenant à son obligation éthique intrinsèque aux soins, et à son obligation vis-à-vis de lui-même de respecter la parole. Ainsi, cette promesse pourrait-elle être considérée comme une promesse de capabilité - dont la définition littérale est « *la puissance à faire quelque chose au sens de l'aptitude.* »¹⁰⁴¹ - . Dans son aspect ambivalent, à la fois positif et négatif, cette promesse, autonome, est un véritable défi valant par ce fait la peine d'être relevée.

« *[Mais] accepter de croire à une promesse impossible, accepter de vouloir tenir une promesse impossible, est un pari si absolu sur l'incertitude qu'il fait de nous autre chose que des créatures vivant dans un éternel présent.* »¹⁰⁴². Ce défi élève de fait le soignant, l'oriente vers l'autre en le décentrant des seuls soins. Acte de don pur, le soignant ne saurait que solliciter la confiance (la confiance en soi) pour parvenir à ce dépassement de soi, permettant d'aller vers la personne, malade.

5.3.2 Promesse à soi-même ou la promesse identitaire

« *N'est-ce pas dans mon identité authentique que je demande à être reconnu ?* »

P. Ricœur, *Parcours de la reconnaissance*, Paris, Gallimard, Folio, 2013, p.13.

Pourquoi avoir recours à la promesse ? Par liberté car, par nature, la promesse « [...] *correspond exactement à l'existence d'une liberté donnée dans la condition de non-souveraineté* »¹⁰⁴³. S'autoriser à penser qu'il peut y avoir un élément supplémentaire aux soins, et lui accorder une valence aussi essentielle que ces derniers, est à la fois un acte et un espace de liberté. La promesse est un contre temps au sens littéral, permettant de dépasser, et de transcender, l'aspect répétitif des consultations qui, certains jours, s'enchaînent à des cadences infernales, telle une

¹⁰⁴¹ Le Robert, *Op. cit.*

¹⁰⁴² V. Ovaldé, *J'aime les promesses non tenues*, in *Qui tient promesse ?*, sous la direction de J. Birnbaum, Paris, Gallimard, Folio Essais, 2015, p.186.

¹⁰⁴³ H. Arendt, *Op. cit.*, p.311.

marche forcée. Se promettre, en son for intérieur, de rencontrer l'autre, c'est se prendre soi-même pour « *tiers promesse* », et s'accorder le temps de tenir parole malgré l'urgence qui existe ou rôde, selon. Dès lors, la promesse s'apparente presque à un acte de révolte, émis par celui qui dit non, au sens « camusien », surtout en contexte d'urgence où tout semble orienté vers cette urgence quelle qu'en soit la nature, réelle, potentielle, ressentie, organisationnelle... Cette révolte incarnée par la promesse, certes engendre la responsabilité, mais permet d'exister en tant qu'Homme capable, pleinement autonome, capable de se donner une loi qui lui soit propre. « Je « mets devant moi » (*pro-mets*) ce que je dis, qui devient une loi pour moi. Je légifère pour moi-même et il y a là une figure concrète de l'autonomie. »¹⁰⁴⁴.

Conséquemment, ne pas se *promettre* à la rencontre génèrerait un hiatus entre le soi professionnel et le soi identitaire. Soi professionnel et soi identitaire ne sauraient être dissociés sans générer une dichotomie intenable. Le soi professionnel est contenu au sein du soi identitaire, et correspond à cette part de chacun qui exerce son métier. Au travers du soi professionnel, le soi identitaire n'est pas muet, mais existe bel et bien, et transparaît. Toutefois, les conditions d'exercice sont telles, qu'il n'est pas rare de voir des soignants ne plus être eux-mêmes, devenir *abrupts*, en perte de contact avec eux-mêmes, comme hors d'eux-mêmes lors des heures de travail, des gardes *horribles*. La légitimation de cette promesse qui pourrait sembler *de trop* provient de la nécessaire reconnaissance du soi professionnel par le soi identitaire, mais aussi et surtout de la fidélité, de la cohérence de l'un envers l'autre. Ainsi, en s'obligeant à la rencontre, le soi identitaire n'est pas dénaturé par le soi professionnel, lequel révèle le soi identitaire. Cette interface entre soi professionnel et soi identitaire respecte la *dialectique soignante*, y compris de façon intrinsèque au soignant. La promesse de la rencontre est un « *îlot de sécurité* »¹⁰⁴⁵ rattachant celle-ci hors du contexte de l'urgence, et lui donnant toute sa place, sans instrumentalisation. Être disponible à l'autre sans notion de *blouse blanche* permet de reconnaître en l'autre la part identique à soi-même, d'être disponible à soi-même, par un effet de mise en regard (et non pas de miroir). Se promettre à la rencontre, et donc être pleinement utile, sans dimension de savoir médical, permet au soi identitaire de chapeauter le soi professionnel, et de lui servir à la fois de témoin et de contrôle ; le terme de contrôleur serait impropre. Se faire cette promesse c'est non seulement se lier à l'autre au travers de soi-même, mais aussi se

¹⁰⁴⁴ A. Boyer, *Op. cit.*, p.3.

¹⁰⁴⁵ H. Arendt, *Op. cit.*, p.301.

relier à soi-même au moyen de l'autre. Et le terme de *dialectique soignante* se vérifie de façon extrinsèque, et prend dès lors encore plus de sens et d'ampleur.

Cette promesse de la rencontre constitue une sorte de fidélité du soi professionnel envers le soi identitaire. Cette fidélité permet de ne pas dénouer le soi professionnel du soi identitaire, mais bien en les considérant comme les parties d'un tout. Le Serment d'Hippocrate, texte prononcé avant d'être un professionnel légitimé, n'exclut pas le domaine privé. Heinrich Von Staden s'est intéressé à ce lien entre sphère professionnelle et sphère privée en se basant notamment sur l'analyse du serment d'Hippocrate¹⁰⁴⁶. Afin de raisonner et pouvoir aboutir, Heinrich Von Staden a identifié 4 questions comme incontournables, questions intégrant l'aspect privé :

- Existe-t-il des motivations pour prononcer le serment et si oui, quelles sont-elles ?
- Si la conduite professionnelle est la principale motivation, le doctorant a-t-il une conception de cette profession ?
- La confrérie dans laquelle le doctorant s'apprête à entrer oppose-t-elle la conduite professionnelle à la conduite privée ou personnelle ?
- Le doctorant considère-t-il que les promesses énoncées tant positives que négatives sont uniquement d'ordre professionnelles ou également d'ordre privé ?

Et de bâtir son argumentation sur la terminologie du Serment lui-même entre éléments d'ordre professionnel et éléments d'ordre privé. Le Serment utilisé par Heinrich Von Staden est une version traduite à partir de la version grecque originale, démarche identique à celle de Jeanne Ducatillon. Il est donc possible de reprendre, ne serait-ce que partiellement, sa méthode de questionnement et d'analyse en l'appliquant à la version traduite par Jeanne Ducatillon¹⁰⁴⁷, leurs versions respectives n'étant cependant pas identiques mot à mot, mais similaires. Les éléments de langage ayant trait à la sphère personnelle ne sont pas rares dans le texte du Serment. Le premier

¹⁰⁴⁶ Von Staden H., « *In a pure and holy way* » : *personal and professional conduct in the Hippocratic oath* ?, *Journal of the history of medicine and allied sciences*, vol 51, october 1996, 404-437.

¹⁰⁴⁷ Cf. Annexe 3 : *Serment d'Hippocrate, Conseil de l'ordre national des médecins, Belgique – Traduction Jacques Jouanna*

élément remarquable est l'usage de la première personne « *je* » comme premier mot, plusieurs fois répété. Heinrich Von Staden détaille que l'usage à ce point répété du « *je* » a pour but de souligner la responsabilité personnelle profonde, constante, contraignante pour tous ses engagements professionnels : « *Rather this intensive and extensive personalization of the Oath seems to be a way of underscoring the oath-taker's profound, constant, binding personal responsibility and guarantee.* »¹⁰⁴⁸ - Cette personnalisation intensive et étendue du serment semble plutôt être une façon de souligner la responsabilité et la garantie personnelles profondes, constantes et contraignantes du doctorant - . L'implication personnelle du doctorant est donc absolue, soulignée, en fin de phrase, par « *selon toutes mes forces et selon mon jugement* » non spécifiques de la sphère professionnelle, mais pouvant être des registres tant privé que professionnel. Ensuite, la considération du maître comparé à un « *père* », puis de ses fils comparés à des « *frères* » dessine une véritable famille. Or, la famille appartient de fait au domaine privé. Le centre du texte, pour ne pas dire le cœur, est dans la phrase suivante : « *Dans la pureté et dans la sainteté, je garderai ma vie et mon art.* ». Heinrich Von Staden insiste sur le fait que le verbe « *garder* » révèle la constance de la réalisation¹⁰⁴⁹. Impossible à la lecture de cette phrase courte d'ignorer, mais également de dissocier, la sphère privée, *la vie*, de la sphère professionnelle, *l'art*. Le nombre d'occurrence du mot « *vie* » est plus important dans le Serment que dans tout autre texte d'Hippocrate. Toutefois, selon Heinrich Von Staden, ce terme de « *vie* » pourrait signifier les « *moyens de subsistance* » ou « *gagner sa vie* ». Qui plus est, le possessif, déjà apparu précédemment dans le texte (« *mes forces* », « *mon jugement* »), est précédé par l'action (« *je garderai* ») et répété « *ma vie et mon art* ». Ce libellé « *ma vie et mon art* » est mentionné une seconde fois à la fin du texte en appui des honneurs « *honoré de tous les hommes et à jamais* » dont la durée n'a pas de fin ni de limites. Ainsi, la sphère privée n'est-elle ni écartée, ni dissociée, de la *technè*. Si le Serment mentionne souvent certains termes associés, tels *vie* et *art* par exemple, n'y voir que des hendiadys serait peu opportun, tant le texte est structuré pour ne pas dire finement ciselé.

En ce qui concerne la version du Conseil National de l'Ordre des Médecins, correspondant à la version contemporaine, les éléments personnels n'ont pas été gommés. Ainsi, la première personne « *je* » est-elle maintenue tout au long du texte,

¹⁰⁴⁸ Von Staden, « *In a pure and holy way* » : *personal and professional conduct in the Hippocratic oath ?*, Journal H. of the history of medicine and allied sciences, vol 51, october 1996, p.419.

¹⁰⁴⁹ Von Staden H., « *In a pure and holy way* » : *personal and professional conduct in the Hippocratic oath ?*, Journal of the history of medicine and allied sciences, vol 51, october 1996, p.417.

même si ce pronom apparaît un peu plus loin que dans la version littérale, et sans doute de façon moins appuyée : translation du « *Je jure par Apollon médecin...* » originel, au « *Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure...* ». Sont citées en phrase introductive « *les lois de l'honneur et de la probité* », lois universelles ne distinguant pas le support professionnel du support privé. Viennent ensuite, au fil du texte, des valeurs essentielles dont le respect, la loyauté, la confiance, valeurs non spécifiques ni à la profession de médecin, ni à la médecine. Ces valeurs appartiennent au registre des interactions indépendamment de tout support, professionnel ou privé.

Enfin, sont pris à témoin en fin de texte « *les hommes et mes confrères* » en vue, selon le respect ou non de l'engagement, de la gratification, l'estime, ou la sanction du déshonneur et du mépris. Mis au même rang, sur le même plan, les hommes et les confrères, symbolisent bien la jonction entre la sphère privée, ou tout du moins le jugement attaché à la personne du doctorant et la sphère professionnelle. La présence de la sphère privée est certes plus prégnante dans le texte originel, mais n'a pas été exclue dans le texte actuel de référence.

5.3.3 Promesse et dialectique soignante

Si le soignant est (relativement) fixe, l'autre est perpétuellement mouvant. « [...] *la rencontre évolue au fil du temps (et que c'est) cette évolution (qui) permet de ne pas rester hors de la vie.* »¹⁰⁵⁰. Destinée à l'analyse de la relation amoureuse, cette affirmation peut néanmoins être valable pour toute relation y compris soignante, ne serait-ce que par l'évolution du soignant lui-même au fil du temps, de son expérience. Accepter de changer et de considérer le changement de l'autre (à savoir une nouvelle personne à chaque fois) permet de reconnaître celui-ci comme différent à chaque fois, en ayant pourtant la capacité à s'adapter à lui. La constance ne peut venir, provenir, que du soignant : sa constance à s'adapter à l'autre alors que ce dernier est à chaque fois distinct. Prenons l'image du manège d'enfant. Le manège est composé d'un axe central qui, s'il tourne, est néanmoins l'élément fixe, au sens physique. Autour de lui se trouvent des nacelles, véritables moyens de transport, accueillant à chaque arrêt des enfants prenant place le temps d'un ou plusieurs tours. Si les enfants sont, dans cette métaphore, les personnes, malades, venant consulter, l'élément fixe responsable d'eux

¹⁰⁵⁰ M. Marzano, *Que promet-on lorsqu'on promet d'aimer quelqu'un ?*, in *Qui tient promesse ?*, sous la direction de J Birenbaum, Paris, Gallimard, Folio essais, 2015, p. 130.

est bien le soignant, se préoccupant de la sécurité de chacun à chaque fois différent. Cette image n'est pas ici convoquée de façon ludique, mais bien dans sa symbolique du mouvement et de la fixité. Sont en mouvement les personnes, malades, constamment changeantes dans un flux ininterrompu. Est fixe le soignant en l'occurrence l'urgentiste, axe central, accompagnant le mouvement de chacun. La promesse est donc bien personnelle, et consiste à être à même de se charger des Autres, et d'y voir, à chaque fois, un nouvel hôte, un nouvel Autre. Enfin, l'image du manège contient la temporalité changeante, caractéristique de l'urgence, tantôt rapide, tantôt plus lente.

La promesse est d'autant plus impérative que la *dialectique soignante* n'a que peu de temps pour exister. Cette rencontre, cette *dialectique* ne peut se construire sur du passé amassé, mais s'impose sur du présent fuyant. L'élément fort, solide, est donc la promesse immuable de la rencontre, de se rendre disponible pour l'autre, et non d'être à sa disposition. Etre disponible autorise la découverte sans faux semblant. La mise à disposition serait un faux semblant venant trahir la finalité de la *dialectique soignante*.

« *Le problème complet de la promesse, en effet, n'est pas tellement qu'en disant je promets je promette en effet ; l'important est que je dois tenir ma promesse. L'obligation de tenir sa promesse, c'est en quelque sorte la promesse de la promesse.* »¹⁰⁵¹. La promesse sera immuable indépendamment des relations, tel un paradigme existentiel, recouvrant une « *promesse d'avant la promesse* »¹⁰⁵², distincte de celle de tenir parole. Celle de rencontrer l'autre. Pas de pluriel malgré la pluralité des personnes croisées. Mais une promesse singulière pour rencontrer des singularités. Une seule promesse, indépendante du nombre, mais à même de s'adapter à la pluralité. Cette promesse est d'autant plus envisageable qu'elle a déjà existé, et donc qu'elle pré-existe dans la potentialité. En effet, la notion de belles rencontres n'est pas nulle. Chaque soignant connaît l'émotion de rencontrer au cours d'une consultation une personne et d'avoir avec elle une *vraie rencontre*. La rencontre est donc une permanence pourtant à rechercher, se transformant du fait même des interlocuteurs en présence.

Alors pourquoi faire promesse de la rencontre si elle existe déjà ? Par exigence de s'imposer la rencontre comme une plus-value du soin, des soins, aux soins. Tel un élément ni superflu, ni surnuméraire mais supplémentaire dans le sens d'une relation

¹⁰⁵¹ P. Ricœur, *Anthropologie philosophique, Ecrits et conférences 3, Op. cit.*, p.352.

¹⁰⁵² P. Ricœur, *Parcours de la reconnaissance, Op. cit.*, p.207.

qui aurait pu être parallèle à la consultation. De même, la genèse de cette promesse est issue du constat de la difficulté à rencontrer la personne avant le malade dans un contexte d'urgences. « *Le sujet individuel ne découvre un monde d'expériences psychiques qu'au moment où, s'appêtant à exécuter un acte projeté, il rencontre des difficultés telles que ses schémas d'interprétation, jusque-là objectivement confirmés, perdent leur validité et ne sont plus que des représentations purement subjectives coupées du reste de la réalité. Le « psychique » est dans une certaine mesure l'expérience qu'un sujet fait avec lui-même lorsqu'un problème pratique l'empêche d'accomplir une activité habituelle.* »¹⁰⁵³. La rencontre en soi en dehors des Urgences semble *naturelle*. Mais, la confrontation dans un contexte d'urgences à la personne, malade, à une rencontre *professionnalisée*, hors contexte privé, modifie l'appréhension de cette dite rencontre, et en révèle la part psychique puisqu'il s'agit d'une expérience faite avec soi-même, venant interpellé notre façon de se présenter, de parler, de gérer la relation. Les étapes décrites dans notre analyse¹⁰⁵⁴ sont très distinctes de celles d'une rencontre *standard*. Ainsi, la rencontre révèle sa dissemblance, son particularisme avec celle de la vie de tous les jours, encore faut-il après en avoir pris conscience l'analyser, l'intégrer. Secondairement, la finalité est de tenter de modifier les codes professionnels pour permettre la rencontre, telle une rencontre quasi-naturelle, n'imprimant pas d'emblée les codes de la consultation. Axel Honneth un peu plus loin dans le texte ici cité, reprenant le travail de George Herbert Mead, complète la phase entre la difficulté rencontrée et le psychisme interpellé, en insistant sur le fait que l'attention initiale n'est pas portée vers le « je ». « *Un acteur, à l'instant où il se trouve gêné dans l'accomplissement d'un acte instrumental, prend certes conscience du caractère subjectif de ses interprétations actuelles ; son attention n'est pourtant pas dirigée au premier chef vers l'activité résolutive de son propre je mais vers « une détermination plus aiguë des objets qui constituent la stimulation.* »¹⁰⁵⁵. L'objet ici de la stimulation est bien la rencontre avec la personne, malade.

De plus, se promettre la rencontre relève d'un acte de liberté absolue : déroger à l'habitude, ne pas se contenter de la seule consultation, du seul don de soin, mais presque du don de soi, toutes proportions gardées, en gardant le recul nécessaire. Don de soi pour l'autre mais aussi pour soi-même c'est-à-dire acquérir une image qui serait plus valeureuse plus étayée plus engagée. La promesse de rencontre serait la forme poétique de ce que devrait être la rencontre. La promesse redonne du sens à la relation

¹⁰⁵³ A. Honneth, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Gallimard, Folio Essais, 2015, p.121.

¹⁰⁵⁴ Cf. Partie 3.3 : *Types de rencontres*

¹⁰⁵⁵ A. Honneth, *Op. cit.*, p.122.

en indiquant et en exigeant le chemin de la rencontre. La promesse de la rencontre est toujours à venir, se situe dans l'avenir, devenant perpétuelle, immuable et pourtant mouvante au gré des autres croisés, des entre croisés. Et alors la promesse deviendrait émancipatrice du joug du quotidien, du poids de l'instrument, de la violence de l'hôpital.

Or, la personne à soigner n'est jamais la même aux Urgences. La promesse ne peut donc dépendre que de moi, et non uniquement de la personne, malade, ou de la *simple dialectique soignante*. Le seul élément fixe dans cette mise en présence s'avère être le médecin qui verra nombre de malades différents. Si l'on ne peut, selon Hannah Arendt, se promettre à soi-même il faut donc promettre à un Autre. Or, la promesse ne peut avoir lieu vis-à-vis du malade, qui est à chaque fois différent. Le vis-à-vis ne comporte donc qu'un seul locuteur fixe, le médecin. Pourtant, la promesse est requise. Dès lors, promettre à soi-même semble possible voire même indispensable. Mais, cette promesse doit être orientée vers un soi autre. Le soi professionnel promet au soi identitaire. « *Selon l'exigence kantienne, l'engagement suppose de faire ce que l'on dit et de dire ce que l'on fait, ainsi l'engagement est une promesse que je fais silencieusement à moi-même tacitement à autrui, dans la mesure où celui-ci en est, sinon le bénéficiaire, du moins le témoin.* »¹⁰⁵⁶. Le soi professionnel promet à autrui qui n'est autre que le soi identitaire, en posture de témoin, mais également de bénéficiaire partagé. En effet, le bénéficiaire est double, à la fois le soi professionnel mais également le soi identitaire ; le travail permettant l'estime de soi¹⁰⁵⁷. Cette promesse ainsi faite, devient source d'élan, de quête mais également de sérénité, de concorde entre le soi professionnel et le soi identitaire, et donc une identité personnelle renforcée. Ainsi le soi professionnel promet à sa propre caution morale, le soi identitaire. L'acte de réalisation de la promesse est à l'origine de la confiance mais aussi d'une vérité permettant selon l'expression consacrée d'avoir sa *conscience pour soi*, la conscience des sois. La confiance s'instaure alors entre les deux sois, du soi identitaire vers le soi professionnel, limitant le risque de trahison entre les deux, devenant partenaires l'un de l'autre et tout à la fois liés par cette promesse tacite, secrète. Si le soi professionnel trahit le soi identitaire, il existe une rupture majeure. Ainsi, le préambule à l'acceptation de la promesse est la confiance, laquelle en constitue le constat conclusif. En effet, celui qui a tenu promesse, a tenu sa parole, et peut donc être considéré comme digne de confiance. La confiance est donc compagnon de promesse (inaugurale lors de

¹⁰⁵⁶ P. Ricœur, *Du texte à l'action*, *Op. cit.*, p.272.

¹⁰⁵⁷ A. Honneth, *Op. cit.*, p. 297.

l'annonce mais perdurant une fois la promesse réalisée par sa confirmation). Il n'est possible de promettre que quelque chose qu'on est en mesure de promettre. La promesse n'est possible que si elle appartient au domaine du pouvoir, des capacités¹⁰⁵⁸.

L'acte de falsification de la promesse ou promesse trahie rompt la confiance entre le soi identitaire et le soi professionnel. Honorer sa promesse permet d'avoir la même parole de part et d'autre dans ce vis-à-vis du soi professionnel et du soi identitaire. Ne pas agir en situation professionnelle en accord avec le soi identitaire (ou autrement dit agir en désaccord) génère une rupture dramatique, pouvant conduire à la rupture, à la perte d'identité notamment professionnelle. Le soi professionnel deviendrait dès lors étranger au soi identitaire. Le soi professionnel tournerait le dos au soi identitaire tel Janus dont l'un serait tourné vers le passé et l'autre vers le futur. Le soi professionnel serait donc orienté vers l'avenir n'ayant cure du passé et donc de la promesse prononcée. Le soi identitaire, regardant l'avenir, se souvenant de l'acte passé de langage et le rappelant au soi professionnel comme un pacte non honoré. Cette promesse est d'autant plus cruciale que la rencontre n'est pas étrangère au soi identitaire. Le temps de la rencontre est commun tant dans le milieu professionnel que personnel. Sorte de point commun voire de pont entre le comportement professionnel et le comportement usuel, quotidien.

Enfin, en termes de dialectique, la promesse faite à soi-même rejailit sur l'autre : « [...] *j'ai besoin d'autrui pour saisir à plein toutes les structures de mon être, le pour-soi renvoie au pour-autrui.* »¹⁰⁵⁹. Ainsi, cette promesse est d'autant plus cruciale, qu'elle est médiatrice vers autrui, le moteur en étant la bienveillance.

La promesse est possible par l'*autorité* quasi- naturelle, celle de la fonction même de soignant, et par l'autonomie ayant conduit à son bienfondé puis son énonciation. Le locuteur, médecin, pourrait se transformer en prescripteur obligeant les autres soignants à réaliser la promesse, ce qui dénaturerait profondément celle-ci. La promesse est risquée tant dans son contenu que dans ses conditions de réalisation. Rencontrer l'autre en situation d'urgence relève bien de la promesse et non de

¹⁰⁵⁸ P. Ricœur, *Parcours de la reconnaissance*, *Op. cit.*, p.205.

¹⁰⁵⁹ J.P. Sartre, *L'être et le néant*, *Op. cit.*, p.313.

l'évidence. La réalisation demande l'effort, la démarche de parvenir à la concrétiser et ne coule pas de source. Etant hypothétique et future, la promesse oblige à l'ouverture au temps à la mise à disponibilité pour ce temps, en ce temps, *nunc*, et en ce lieu, *hic*. Ainsi, par le biais de la promesse, la disponibilité à l'autre est-elle impérative, indépendamment de cet Autre, ne l'impliquant pas. L'autre n'est ni prétexte pour réaliser la promesse, ni alibi tant pour la réaliser que pour ne pas la réaliser. Le *primum movens* est la promesse en elle-même, venant pondérer celle de la médecine : la guérison, sorte de promesse absolue, à la fois hypothétique et aléatoire. La nature de la promesse ne peut être que profondément éthique, obligeant, au sens du devoir, à incarner les valeurs du soin. Enfin, cette promesse rejoint celle émise devant ses pairs lors de la lecture du serment d'Hippocrate. Elle n'est autre que celle de la particularisation c'est-à-dire du cheminement qui permet au soignant de se centrer sur autrui, et donc d'extraire la personne, malade, du flux des Urgences en lui donnant une dimension unique, liée à cette rencontre et non à la maladie.

5.4 Retour à l'urgence

Au terme de ce parcours de recherche, il est licite de s'interroger sur son applicabilité concrète. Qu'advient-il de la *promesse de la rencontre*, de (se) rencontrer dans la/en pratique ? Cette promesse serait-elle illusoire dans cette temporalité imprévisible, propre à l'urgence, dont l'une des caractéristiques est de bousculer ceux qui la vivent, de faire basculer certaines trajectoires ? Par ailleurs, la promesse ne serait-elle pas du registre du devoir, qui plus est surajouté à la déontologie ? Ce devoir, lié à la volonté personnelle, ne relèguerait-il pas la promesse dans les contrées de l'impossible à l'opposé de son intention fondatrice ? La promesse ne correspondrait-elle, *in fine*, qu'à une construction intellectuelle, une élucubration théorique, qui ne permettrait au soignant que de se donner bonne conscience au sein de la difficulté de son exercice ?

Il n'en est rien. Le devoir peut être prescription naturelle et intime, dès lors assimilé par celui qui en est l'auteur. « *Il est assez curieux qu'en parlant du devoir on pense à quelque chose d'extérieur bien que le mot lui-même indique qu'il s'applique à quelque chose d'intérieur ; car ce qui m'incombe non pas comme à un individu accidentel, mais d'après ma vraie nature, est bien dans le rapport le plus intime avec moi-même. Le devoir n'est pas une consigne, mais quelque chose qui incombe. Si un individu regarde ainsi le devoir, cela prouve qu'il s'est orienté en lui-même. Alors le devoir ne se*

démembrera pas pour lui en une quantité de dispositions particulières, ce qui indique toujours qu'il ne se trouve qu'en un rapport extérieur avec lui. Il s'est revêtu du devoir, qui est pour lui l'expression de sa nature la plus intime. Ainsi orienté en lui-même, il a approfondi l'éthique et il ne sera pas essoufflé en faisant son possible pour remplir ses devoirs. L'individu vraiment éthique éprouve par conséquent de la tranquillité et de l'assurance, parce qu'il n'a pas le devoir hors de lui, mais en lui. Plus un homme a fondé profondément sa vie sur l'éthique, moins il sentira le besoin de parler constamment du devoir, de s'inquiéter pour savoir s'il le remplit, de consulter à chaque instant les autres pour le connaître enfin. Si l'éthique est correctement comprise, elle rend l'individu infiniment sûr de lui-même ; dans le cas contraire elle le rend tout à fait indécis, et je ne peux pas m'imaginer une existence plus malheureuse ou plus pénible que celle d'un homme à qui le devoir est devenu extérieur et qui, cependant, désire toujours le réaliser. »¹⁰⁶⁰.

La promesse s'apparente effectivement à un devoir décidé, non imposé, mais bien composé par celui qui la détient. Provenant de la rationalité de la personne, ici soignante, la décision de promesse ne surgit pas de nulle part et permet dès lors de ne pas peser sur son auteur. Le *primum movens* est le refus personnel de subir les éléments extérieurs aux soins, lesquels éloignent des compétences soignantes, de la *technè*. Éprouver, voire endurer, les contingences entravant les soins, ne pas avoir d'emprise réelle sur celles-ci peut avoir pour conséquence délétère de détourner mais aussi d'éroder, l'engagement. L'acte de révolte, secondaire au refus des contingences, sollicite le libre arbitre, puis la liberté. Cette révolte a pour but premier de ne pas se laisser involontairement détourner de l'autre, et la promesse de (se) rencontrer, expression, là encore, du libre arbitre et de la liberté constitue une sorte de remède, un antidote. Du fait même de cette genèse, la pérennité de la promesse est en quelque sorte assurée. En effet, émise par celui qui devra l'assumer, ayant pour cible l'autre et, par réflexivité étant bénéfique à soi-même, cette promesse vient en appui des soins et renforce dès lors l'engagement. Ainsi intérieur et intériorisé, ce devoir singulier, la promesse en elle-même, participe à un impératif de type kantien tel un moyen en vue d'une fin, la rencontre. La promesse n'est donc pas disruptive par rapport au soin, bien au contraire, puisqu'elle permet de s'extraire et de ne pas se laisser asservir par des éléments ne procédant pas du soin pour, justement, le servir. Cette démarche relevant

¹⁰⁶⁰ S. Kierkegaard, *L'équilibre entre l'esthétique et l'éthique*, in *Ou bien, ou bien...*, 1843, trad. F. Prior, O. Prior et M.-H. Guignot, Paris, Gallimard, 2016, p.535.

de l'éthique personnelle a pour corollaire de (re)trouver le chemin de *l'utile*, pour servir la *dialectique soignante* aussi concrète que possible, car incarnée.

Envisager d'emblée la mise en présence comme une rencontre potentielle permet d'octroyer une place non seulement à l'autre, mais aussi à soi-même et, *in fine*, à la *dialectique soignante* en sortant de l'opposition frontale et en évitant de se rendre étranger à la rencontre. « L'opposition *ne serait donc que la façon commode [...] de contenir momentanément l'altérité en évacuant dans « l'autre »* apparié-inversé, *l'étrangeté d'un tout autre qu'on s'évite ainsi d'aborder.* »¹⁰⁶¹. Ne pas se détourner de la rencontre, éviter toute circonvolution, mais y participer constitue le cheminement issu de la promesse. Décider de façon anticipatoire d'aller aborder l'autre, se mettre à ses côtés pour, certes, prodiguer des soins mais y adjoindre du soin décuple *l'utile-sujet* et, de fait, la dimension dialectique prévalente de la rencontre.

En préambule de ce travail, était relatée l'histoire d'un homme de 65 ans amené aux Urgences pour dyspnée¹⁰⁶². Son état respiratoire s'était dégradé rapidement nécessitant le recours à une intubation au décours de laquelle était survenu un arrêt cardiaque réfractaire (encore dénommé non récupéré). A l'annonce du déroulement de la réanimation, puis du décès du monsieur, sa fille n'avait eu d'autre expression que celle d'*assassins* pour caractériser, incriminer les médecins (l'urgentiste et le réanimateur) lui faisant face. La culpabilisation était majeure. Reprendre ce récit, à l'aune du développement de ce travail basé sur l'*anthropologie clinique*¹⁰⁶³, fait partie de la réflexion menée jusqu'à présent et vient en quelque sorte la parachever. Le but de l'analyse est de comparer ce qui fut avec ce qui aurait pu/dû être, ou avoir lieu, si l'urgentiste avait eu plus d'expérience préalable, un cheminement éthique plus abouti, plus mature. Pour ce faire, les séquences principales de ce qui s'est passé quelques années auparavant seront ici décryptées, analysées afin de dépister, comprendre les éléments susceptibles d'avoir eu un retentissement tant chez la jeune femme que chez les médecins. Secondairement, l'apport de ce travail sera envisagé.

¹⁰⁶¹ F. Jullien, *Si près, tout autre*, Paris, Grasset, 2018, p.73.

¹⁰⁶² Cf. Partie 1.1 : *Avant-propos*

¹⁰⁶³ Cf. Partie 3.1 : *Méthode*

La situation était d'abord une urgence vraie, vitale, ne pouvant souffrir aucun retard sous peine de perte de chances. Du fait de l'état clinique du monsieur, le champ relationnel était réduit à une expression quasi-minimale. Remettre en cause l'urgence à agir immédiatement, ainsi que les décisions thérapeutiques, serait inapproprié. La polarisation médicale première était de suppléer aux fonctions vitales initialement respiratoire puis cardiaque. L'urgence a relégué la notion d'entourage. Pourtant prévenus, les médecins n'avaient pas inséré le fait de donner quelques informations au cours de la réanimation. Mais l'issue de la prise en charge, à savoir le décès et donc l'échec de la réanimation, avait ramené la situation à un drame au décours duquel avoir ignoré la jeune femme était préjudiciable. Dès lors, aucun artifice technique d'ordre relationnel ne pouvait avoir cours, du fait même des circonstances brutales et de la gravité de ce qui était à dire, la disparition d'un être cher. La réaction violente de la jeune femme était venue interroger l'absence de considération factuelle des médecins à son encontre. Le terme d'*assassins* avait été terrible (les consciences des médecins ne pouvant être indifférentes), mais traduisait le ressenti de la jeune femme, ressenti expliqué par nombre d'éléments : l'espace, la temporalité, l'action.

En effet, la jeune femme avait attendu dans la salle d'attente, à l'écart, lieu à la fois fonctionnel et impersonnel, alors que son père était en salle de déchocage, centre névralgique de l'urgence vitale. Parallèlement à la spatialité, ces deux lieux symbolisent deux temporalités opposées. Pour les soignants, *tempus fugit* ou une course effrénée à tenter de rattraper une vie qui s'enfuit...pour l'entourage, le temps suspendu, absolu, assourdissant du silence des soignants sans possibilité autre qu'une expectative soumise. Distorsion voire opposition que ce même temps vécu ; cette asymétrie se retrouvant dans l'action. Les médecins avaient mené la réanimation, période active s'il en est, où la suprématie de la geste rapide, précise, avait centralisé l'attention autour du monsieur. A l'opposé, la jeune femme, demeurée seule, avait subi une attente semblant sans fin, figée, aveugle et silencieuse. Ainsi, l'ensemble de ces éléments avaient-ils concouru à isoler la jeune femme, cet isolement ayant été rehaussé par la venue de deux médecins pour lui faire face, asymétrie numérique participant indubitablement à majorer la solitude.

Cette opposition démultipliée (de l'espace, de l'action et des temporalités) avait également été transcrite par l'opposition de paroles. Des explications calmes et rationnelles de la part du réanimateur allant *crescendo* en termes d'annonce pour,

progressivement, aboutir à la nouvelle du décès. Ces explications, données par des soignants préparés, avaient été aussi factuelles que possible et dénuées de toute connotation affective. Conséquemment, l'expression directe, viscérale de la jeune femme, non préparée à pareille annonce, laissait transparaître tant sa peine que son agressivité, révélée voire décuplée par la dureté de l'annonce. La violence du terme *assassins*, jugement qualitatif explicite, n'avait pu être niée, ignorée. Ce mot avait asséné la responsabilité plénière du décès, ou plus exactement les responsabilités pleines et entières : ne pas avoir pu rattraper une vie, ne pas avoir donné d'informations intermédiaires, être porteurs d'une nouvelle terrible, indélébile. Or, sans juger de la réaction de la jeune femme, jugement qui aurait relevé potentiellement du niveau psychique voire psychanalytique, cette dernière n'exprimait pas uniquement son ressentiment projeté sur les médecins, mais aussi l'expression explosive du contexte de ce qu'elle venait de vivre.

Le tri, caractéristique des Urgences, avait été involontairement appliqué à l'encontre de la jeune femme, semblant exclue des préoccupations des médecins. Accaparés par l'indispensable réanimation, par le recours à la technique, appartenant au registre de l'*utile-objet*¹⁰⁶⁴, les médecins ont peut-être eu l'intention d'aller informer la jeune femme mais sans concrétisation effective. Ne pas se préoccuper réellement de la fille a relevé de la focalisation technique et, *in fine*, de l'inconséquence éthique ou du moins de l'absence de prudence. Si les médecins avaient su faire le *pas de côté*¹⁰⁶⁵, à savoir s'extraire des soins techniques pour apporter du soin au membre de la famille, la vulnérabilité de la jeune femme aurait sans doute pu être atténuée et la confrontation moins abrupte.

Sa vulnérabilité au sens large avait été exacerbée par les circonstances, mais aussi par le décès. Indirectement, la jeune femme avait repris à sa charge les vulnérabilités de son père en plus de sa propre vulnérabilité¹⁰⁶⁶. Ainsi, les vulnérabilités *constitutive* et *contingente* de celui-ci, respectivement l'insuffisance cardiaque et l'aggravation rapide, s'étaient-elles répercutées vis-à-vis de la fille avant même son arrivée à l'hôpital, élément dont les médecins ne pouvaient percevoir l'impact. Le lien de parenté directe avec le défunt devenait, par l'annonce du décès, une vulnérabilité de type *constitutive*. Etre seule face à deux médecins s'apparentait à une vulnérabilité *contextuelle*. Ainsi,

¹⁰⁶⁴ Cf. Partie 5.3.2 : *Utile-objet et utile-sujet*

¹⁰⁶⁵ Cf. Partie 5.1.1 : *Le pas de côté*

¹⁰⁶⁶ Cf. Partie 4.3.1. : *Vulnérabilités démultipliées*

lors de la confrontation avec les médecins, la jeune femme avait-elle été surexposée, presque sans défense, en état de vulnérabilité maximale ; l'enchaînement des événements n'étant pas étranger à son cri d'assassins.

Si le centre de l'inquiétude clinique, technique, et donc professionnelle était la réanimation du monsieur, sa fille aurait dû être le centre de l'inquiétude éthique *a priori*, et non pas *a posteriori*, comme ce fut le cas ; d'autant plus que le monsieur était dans l'incapacité de répondre. En ayant conscience de ce nécessaire sursaut éthique ou en ne l'occultant pas, les médecins auraient eu pour mouvement naturel de se tourner vers la jeune femme. Ainsi, auraient-ils pu la rencontrer pour la prévenir de la gravité de la situation au cours de la réanimation, et non une fois celle-ci terminée ; cette rencontre pouvant être déléguée à un autre soignant. Donner des nouvelles, voire des informations concrètes, aurait permis de réduire la distance et le temps, d'avoir un dialogue nourricier de la *dialectique soignante*¹⁰⁶⁷, translatée sur la jeune femme. Ainsi, cette dernière aurait-elle pu exprimer les volontés de son père et/ou discuter les limites qu'elle jugeait raisonnables à donner à la réanimation, et/ou émettre ses doutes, ses peurs, et solliciter sa capabilité, à savoir sa potentialité à faire des choix. Peut-être aurait-elle pu pressentir l'issue fatale, avec la possibilité de débiter un processus adaptatif et avoir, secondairement, une réaction moins frontale, et moins violente.

Se soucier de l'entourage se serait inscrit dans une dynamique éthique multiple : réintégrer le monsieur dans une perspective de vie et non pas de mort imminente, assortie de la négation de ses attaches affectives, centrer la sincérité sur la personne la plus proche, et donc faire preuve de respect. Enfin, pareille démarche aurait relevé de la recherche de l'*utile* permettant son application¹⁰⁶⁸. En l'occurrence, à court terme, de l'*utile-objet* concernant le monsieur, via l'application technique, et surtout de l'*utile-sujet* en prenant en compte la jeune femme. A plus long terme, l'*utile-découvert* aurait émergé et aurait pu être ressource lors d'une autre rencontre. Dès lors, le prisme d'analyse de la situation n'aurait pas été uniquement centré le double échec : celui de la réanimation et celui de l'absence de rencontre. Se défausser de la responsabilité de la non rencontre était quoi qu'il en soit impossible du fait même de la violence des propos de la jeune femme.

¹⁰⁶⁷ Cf. Partie 3.4.1 : *Analyse de la terminologie de la relation*

¹⁰⁶⁸ Cf. Partie 5.4 : *L'utile pour vertu*

Cette démarche éthique à part entière déployée au cours de ce travail, à savoir l'application de la promesse de (se) rencontrer, aurait été l'expression même de la prudence, voie médiane entre l'un et l'autre. La figure de l'un et de l'autre peut correspondre ici à différentes configurations : la confrontation entre les binômes en présence (représentés d'un côté par le monsieur et sa fille, de l'autre les deux médecins), au sein de chaque binôme (entre le père et sa fille, mais aussi entre les deux médecins), dans le for intérieur de chaque médecin entre le soi professionnel et le soi identitaire.

La promesse de (se) rencontrer est-elle née chez moi de cette seule rencontre ratée avec cette jeune femme... ?

Certes pas... Nombre d'autres situations sont venues s'ajouter les unes aux autres, me laissant l'impression de ne pas avoir pleinement assumé la *dialectique soignante* dans toutes ses dimensions, voire même de passer à côté, et d'y laisser à chaque fois un peu de mon rôle de soignant. Ce travail de recherche a mis en évidence un cheminement licite et applicable car issu de l'expérience et depuis éprouvé par son application. User du mouvement vers l'autre, via l'inquiétude, en vue de la rencontre oblige à se défaire de sa particularité de soignant, étape essentielle, de nature éthique. Or, pour se démunir de cette fonction la seule issue est de se décentrer du soi professionnel pour se polariser, via le soi identitaire, sur l'autre. Quoi de plus fort qu'une promesse choisie revêtant dès lors la valeur profonde d'un devoir accessible, car autorisé sciemment, personnellement, et non imposé par quelque tutelle extérieure ? Nonobstant, « *se faire promesse de rencontre* » est une exigence intérieure, une appropriation, permanente, difficile, remuante au sens littéral, parfois mise en échec, mais ne devant pas induire de relâche quant à sa potentielle réalisation. « *La promesse est un acte impossible, mais le seul digne de ce nom : on ne peut pas la tenir, mais on peut la renouveler.* »¹⁰⁶⁹. Toutefois, comme toute exigence lorsqu'elle est couronnée de succès, elle prend sens et valeur et vient renforcer la conviction de sa nécessité, tel un impératif permanent, une fin en soi, une direction absolue, l'autre. Et si la promesse est directionnelle car dirigée, elle procède bel et bien du mouvement, celui de l'inquiétude, de l'éthique profonde.

¹⁰⁶⁹ J. Derrida, *Mémoires pour Paul de Man*, Paris, Ed Galilée, 1988, p.143-144.

En fin de compte, nous pourrions dire que la démarche ici déployée s'avère spécifique de la rencontre et ne dépend pas des caractéristiques de l'urgence, dont la temporalité semble être prévalente sur la dialectique soignante. Plus largement, cette démarche est envisageable pour toute confrontation à l'autre, l'urgence ne faisant que lui conférer une dimension impérative d'autant plus forte que le temps est contraint.

Refuser, résolument, de se perdre au sein de la dense activité des services d'urgence. Décider, volontairement, de conférer à la consultation la possible rencontre, telle la liberté « folle » du soignant, désireux de (re)trouver le sens, l'essence même, du soin, l'autre. Recourir à cette fin à l'acte valeureux, performant, presque impossible, de la promesse, en vue de l'un-possible, la rencontre avec la personne, malade.

Alors, cette promesse de (se) rencontrer, sorte d'horizon, incarne la finalité du soin, via l'engagement de celui qui la porte, consacrant une éthique dédiée à l'autre, inscrite, de facto, au cœur de la dialectique soignante.

CONCLUSION GENERALE

Nombre de paradoxes se côtoient au sein des services d'urgence. Si la temporalité est difficile à apprivoiser, elle n'en est pas moins grisante. Si le panorama ne cesse de se modifier, il fait coexister simultanément le singulier et le nombre, le général et le particulier. Si le flux peut sembler harassant, il représente une variable fascinante, l'urgentiste redoutant les affluences extrêmes, tout en attribuant à ces dernières, une fois l'épisode passé, une connotation de fierté. Si les moyens manquent, déjouer l'équation moyens/besoins peut devenir une joute, synonyme de victoire valeureuse, ou de défaite lourde de conséquences. En réalité, peu d'échappatoires semblent exister dans cet univers pensé, construit et utilisé pour soigner *au mieux* sans négliger quiconque.

La médecine d'urgence, nous l'avons vu, peut se définir comme une médecine de défi(s), plus ou moins prégnants, interférant les uns avec les autres, les uns par rapport aux autres et exacerbés par la temporalité rapide propre à ce mode d'exercice. Ne pas s'y confronter serait illusoire, et procéderait de l'erreur tant de perception que d'analyse. L'établissement d'une classification de ces défis est certes quelque peu artificiel, mais permet leur distinction, leur caractérisation : les défis structurels d'une part, ou dimensions physiques, supports de l'exercice, et les défis relationnels, d'autre part, inhérents à l'interaction avec autrui.

Au rang des défis structurels, sont le temps, l'espace et le langage.

Appréhender le temps consiste à essayer de déjouer la clepsydre, à savoir conjuguer les temps de chaque personne, malade, au sein d'un seul et même temps ; le nombre de personnes à la charge de l'urgentiste allant *crescendo* au cours de la journée. Entité physiquement invariante, l'auxiliaire temps, à la fois allié et ennemi de la médecine d'urgence, est de perception éminemment variable, selon notamment l'intensité de l'action. L'écoulement temporel est soumis à la diffraction, la fragmentation. Tel un fluide capricieux, la perception du temps n'est que rarement ressentie comme celle d'un flux laminaire, les turbulences étant caractéristiques du

quotidien en pareil service. Alternant des phases de désordres au cours desquelles le temps semble se tendre, s'accélérer, puis des phases linéaires où il s'étire, se détend, s'étend paraissant, parfois, marquer un arrêt qui n'est que virtuel. Ainsi, le temps pourtant unique, revêt-il nombre d'aspects différents, lui conférant des valences singulières. Temps compté, raconté, décompté, avec lequel composer requiert expérience et patience. Cette variation temporelle n'est pas vécue de façon semblable entre professionnels et personnes en attente de soins. Pour la personne, malade, le temps file en présence du soignant, présence où il faut dire, montrer, et se suspend, ou du moins semble s'éterniser lorsque ce dernier s'éclipse. A l'inverse, pour le soignant, le temps est synonyme de course contenant écoute(s), analyse(s), déduction(s), synthèse(s) démultipliées par le nombre de personnes à soigner.

De même, l'espace est peu lisible pour l'étranger, mêlant superficie importante et dédale de pièces, dont le repérage est sibyllin. En effet, il existe une articulation entre la répartition des lieux et l'organisation, sans que cette conjonction ne soit explicite ou préhensible pour celui venu consulter. Le tri, la SAUV, le déchoc, les box, la zone (de soins)...autant de termes au sein desquels les soignants virevoltent...Lieu voulu comme ouvert sur l'extérieur de l'hôpital, afin d'accueillir, le service des urgences est finalement un endroit à découvert, sans réel huis clos, ou alors de façon temporaire. Dans cet espace impersonnel conçu pour être fonctionnel, la sensation d'apaisement est inexistante, entretenue par le fond sonore ininterrompu, mais aussi par les allées et venues incessantes de brancards, de soignants. Quelques couleurs murales semblent dessiner une géographie pourtant opaque, au sein de laquelle chaque personne, malade, se fond, se confond revêtue d'un habit identique pour tous, caractéristique de l'incorporation à un groupe. Devenue semblable aux *autres* par le vêtement, en l'occurrence une blouse ouverte dans le dos, la personne, malade, enchaîne les étapes, ponctuées de rites tacites, les unes derrière les autres, sorte de langage codé spécifique des lieux. De son côté, le soignant, habillé comme ses collègues, intègre une chaîne de soins et semble se déplacer avec aisance. Deux groupes se font face, la tenue spécifique étant le signe d'appartenance et de reconnaissance.

Et le code est perpétué par la langue brève, efficace, incisive, inscrite dans une *coutume langagière* audible à tous. Afin d'aller à l'essentiel, l'encodage informatif prend le dessus, se donne à entendre faisant fit d'oreilles naïves. Parfois, on se hèle, on indique, on ponctue de quelques termes mystérieux. Ainsi, l'anamnèse est-elle

dissimulée derrière quelques bribes, quelques raccourcis linguistiques véhiculant les éléments principaux, dont la personne, malade, pourra garder mémoire. Car il semble falloir aller vite et donc à l'essentiel, parfois à marche forcée... Pour la personne, malade, le risque est bien d'avoir la sensation d'être un cas, un élément, un diagnostic, quelqu'un d'autre que celui qui, pourtant, vit, éprouve la maladie. Pour le soignant de devoir en permanence mener de front plusieurs situations, s'en souvenir, ne pas les confondre. Certaines d'entre elles nécessitant plus de temps pour y réfléchir et prendre du recul, les mots clés deviennent des sortes de repères, voire de normes pour s'y retrouver.

Chacun de ces défis structurels peut être caractérisé par le manque, les manquements. Temps trop court, ou vécu comme tel...locaux toujours trop exigus lors des pics d'affluence, accentuant la perception du flux, mais imprimant souvent une sensation d'accueil froid...langage peu amène, ou du moins peu compréhensible, pouvant être source et cause de mise à distance, réelle ou virtuelle, de l'épicentre des soins, l'autre.

Parallèlement à ces défis structurels, supports des soins, coexistent des défis constitutifs des soins, les défis relationnels, défi de compétence(s) et défi de confrontation, directement en prise avec l'altérité.

Le défi de compétence(s) est par définition professionnel, puisqu'il correspond à la capacité de conduire les démarches diagnostique et thérapeutique. Ce défi est de taille, car les pathologies sont rarement prédéterminées sur le plan organique. Requérant vigilance continue, ce défi de compétence(s) a la particularité de devoir être mené à l'échelon individuel et à l'échelon collectif, de façon concomitante. Le particulier et le général, s'entremêlant plus ou moins distinctement, doivent en permanence être accordés, se raccorder afin de ne pas nuire - le soignant devant se rapprocher de la figure de l'*innocent*, littéralement celui qui ne nuit pas -. Pour chaque prise en charge, le défi de compétence(s) aura sa propre rythmique dépendante de la pathologie, de la situation, mais aussi de contingences extrinsèques aux soins. L'effet mécanique, imputable au nombre de personnes simultanément sous la responsabilité de l'urgentiste, décuple ce défi, et vient régulièrement interférer avec l'action. Mener de front l'agir, pour chacun et pour tous, peut, selon le contexte, bousculer les différentes

phases liminaires de l'action - *intention, délibération, volonté* -, la précipiter, l'urgence vraie faisant émerger précocement, et donc accélérer, toute action notamment technique. Pour l'urgentiste, la gageure est de réussir à garder le fil pour chaque personne, malade, tant la densité de l'affluence marque une cadence incessante capable d'emporter, voire de déporter tout et tous. Ce défi de compétence(s) est tel que la finalité de l'acte médical - au moins dans sa part phasique (*diagnostiquer, traiter, orienter*) - peut venir en collusion avec la relation, et donc impacter négativement, voire mettre en abîme, le défi de confrontation et, *in fine*, la rencontre.

En effet, le défi de confrontation pourrait ne pas être identifié ou discerné par le soignant comme étant non seulement une permanence à part entière de la tâche à accomplir, mais aussi un véritable défi. Dès lors, en cas d'occultation, ou de négligence de celui-ci, la relation ne serait qu'une mise en présence factuelle, centrée autour des éléments cliniques, puis des soins. Percevoir le défi de confrontation, de nature ontologique, et la nécessaire rencontre, accepter de s'en saisir, de le relever est la preuve de la conscience aiguë de l'autre (en écho à la propre conscience du soignant). Or, la rencontre - toute rencontre à venir - ne se décrète pas, ne relève pas d'un quelconque postulat, mais exige l'engagement, cet engagement convoquant, sollicitant la responsabilité personnelle du soignant. Car la rencontre relève de l'ontologie phénoménologique (au sens sartrien), de cette capabilité à laisser place à l'autre, à garder l'objectivité quant à la nature des soins et du soin à apporter. Après la perception et la compréhension de ce défi de confrontation, laisser place au hasard, ne pas y adjoindre un prérequis absolu ne serait pas, justement, attitude responsable du fait même de l'importance de ce défi. Ainsi, pour ne pas y déroger, la première étape, préalable à tout face à face, est d'envisager la rencontre comme un possible générique, de l'anticiper avant même de connaître l'autre. Cette projection impose la recherche d'un moyen voire d'une solution pour y parvenir. Pour que ce moyen soit pérenne et devienne solution, il ne peut dépendre de facteurs extérieurs, possiblement limitants, mais bien être soumis au soignant lui-même, à sa volonté, à son engagement, à sa responsabilité consciente et conscientisée. Acte autonome pouvant sembler fou, la promesse semble justement idoine, et sans doute, paradoxalement, être à la fois moyen et solution pour (se) rencontrer.

Pourquoi la promesse ? Par liberté. Tel *un pas de côté*, la promesse permet de se décentrer des contraintes (principalement gestionnaires, sortes de non-sens venant

obérer la pratique des soins), et de se (re)centrer sur la personne. Faire cette volteface (re)donne une direction, un (du) sens au soin, cette attention portée à l'autre. *Pourquoi la promesse ?* Par volonté. Celle de ne pas négliger la relation, de lui octroyer une (la) juste place. Cette volonté correspond au refus du soignant de ne pas être uniquement assigné à la seule identité soignante, et conséquemment exprime l'ambition de prendre part à la relation de façon personnelle. Dès lors, cette volonté octroie une place au soi identitaire du soignant, le positionnant sur le même plan et à la même hauteur que le soi professionnel. Accepter et assumer l'émergence affichée du soi identitaire, fréquemment absent, ou positionné dans l'ombre du soi professionnel, s'apparente à un acte à part entière. Or, cet acte est induit par l'indispensable réciprocité due à la personne, malade. *Pourquoi la promesse ?* Par engagement. L'acte de promesse comporte intrinsèquement l'engagement indispensable afin de tenir parole, de ne pas (se) trahir. Cet engagement comporte, *in fine*, la défense de la médecine d'urgence tel un exercice noble, valeureux. Recourir à la promesse en préambule des soins revient à incarner les valeurs du soin, dont la dite promesse en est le témoin, le marqueur. *Pourquoi la promesse ?* En compensation de la temporalité comptée. Médecine trop souvent résumée par certains à une médecine (expéditive) de tri, ou stigmatisée, par d'autres, comme celle de l'attente, du doute, voire de l'errance diagnostique. Avoir pour impératif intérieur un acte de temporalité longue modifie le rapport au temps de l'urgentiste, et tempère, d'une certaine manière, la scansion de l'urgence. Paramètre impassible, le temps court et compte, la promesse perdue, accompagne le temps, lors de chaque face à face.

Se fixer, par devoir, sur l'épicentre des soins - cet Autre, étranger mais identique à soi-même, qui n'est pas soi -, confère à l'urgentiste une obligation éthique majeure, assumée, authentique repère au sein d'un paysage mouvant, d'une course folle. Se polariser sur la rencontre comme un possible à atteindre extrait l'urgentiste de l'effet mécanique des soins, et induit l'obligation de se projeter sur un élément perpétuellement changeant : l'autre, ce perpétuel inconnu. Véritable fil d'Ariane, la promesse tisse un guide entre l'urgentiste d'une part, et la personne, d'autre part. Ainsi, la promesse aide-t-elle à franchir la distance, ce néant séparatif avec l'autre, car la promesse oblige. Mais le fil d'Ariane relie aussi l'urgentiste à lui-même, lui évitant de se perdre, la promesse servant de repère absolu.

En vue d'initier le rapprochement et de voir émerger la rencontre, certaines attitudes constitutives, voire consubstantielles des soins doivent être sollicitées. Ainsi, l'inquiétude et la sincérité sont requises pour favoriser la rencontre, surtout lorsqu'il faut aller dire l'indicible, la gravité. L'inquiétude, véritable souci permanent tourné vers l'autre, initie le mouvement. La sincérité, forme de franchise bienveillante, favorise et entretient l'échange selon un mouvement de l'un à l'autre, de l'un vers l'autre. Toutefois, leur maniement s'adressera à la personne, et non à la personne, malade, sous réserve du corollaire, que le soignant se considère d'abord en tant que personne. Se défaire de son statut professionnel, envisager l'autre sans le percevoir d'abord comme malade, permet de distancer la maladie sans la reléguer, d'éviter qu'elle ne constitue le sujet principal du face-à-face et ne s'érige en interface entre les personnes en présence.

Et lorsque la rencontre vraie a lieu, alors s'opère la bascule de part et d'autre entre le *Cela*, la maladie abritée, et le *Tu*, la personne, révélant le fait d'être allé voir l'autre en tant que personne. Cette bascule permet aussi au soignant de passer du *Cela*, membre d'un système de soins, à un *Je*, sa propre personne à savoir en tant que soi identitaire. La rencontre n'est donc pas unidirectionnelle, mais consacre au contraire la dimension dialectique des soins. Dialectique entre étrangers - personne, malade, et soignant, mis en présence pour les soins -, source d'une seconde dialectique intriquée, intrinsèque au soignant, à savoir le mouvement du soi identitaire au soi professionnel et inversement. Ainsi, cette dimension dialectique traverse-t-elle le temps, opérant au présent, mais aussi dans l'avenir, l'urgentiste glanant et appliquant au fur et à mesure ce que nous avons désigné par l'*utile*, potentialisé et amplifié par la dimension dialectique.

Car, à n'importe quelle étape de la prise en charge, les différents défis consacrent la dimension de l'*utile*, sous toutes ses facettes avec, pour finalité essentielle, son usage dévolu au soin à apporter à l'autre. Identifier spécifiquement le type d'*utile* requis selon chaque défi n'a pas grande importance, tant le maillage est fin et subtile. L'*utile-découvert* permet vraisemblablement d'apprivoiser, d'assumer, parfois de contourner les défis structurels. Dire la maladie grave ne s'improvise pas, mais se façonne au fil de l'exercice, et donc du temps support de l'*utile-découvert*. Les défis relationnels conjuguent et mélangent toutes les formes de l'*utile* ; l'avènement de l'*utile-sujet* réside au cœur du défi de confrontation. Car la rencontre ne peut s'appuyer sur une technicité absolue, mais bien sur la personne, soignante, en dialectique, via un lien

évolutif avec la personne, malade. Dès lors, la position d'*utile-sujet* de l'urgentiste est explicite et pleinement vécue : utile pour/à la personne qui lui fait face, mais en regard, par effet réflexif, également utile pour/à lui-même. Être utile en tant que sujet, qu'identité s'applique à chaque défi relationnel renouvelé, conférant une valeur indéfectible à l'urgentiste. Chaque rencontre s'avère potentiellement susceptible d'enrichir l'*utile*, et donc d'acquérir de nouveaux repères.

Par analogie à la démarche *hypothético-déductive* spécifique du défi de compétence(s), le défi de confrontation, et donc la rencontre en elle-même, procède d'une démarche pouvant être qualifiée de *relativo-perceptive*. En effet, chaque phase de la relation permet de percevoir, d'apercevoir le chemin conduisant à l'autre, à la rencontre véritable. L'attitude constante de l'attention envers autrui, au sens de l'éveil, porte le soin et initie les soins. Cette adaptation permanente procède là encore d'un mouvement dialectique, à savoir l'ajustement sensible de son propre comportement en fonction de l'autre, afin de rester dans la posture de l'innocent. Par un effet réflexif, cette même démarche *relativo-perceptive* permet à l'urgentiste de percevoir ses capacités, ses potentialités et de fait, l'étendue de sa propre liberté. Si l'attention est ainsi déportée de la technicité vers la personne, les conséquences seront perceptibles sur d'autres dimensions : le langage, les comportements des soignants, les modalités de prise en charge. Cette démarche ouvre le champ des possibles et relègue, de part et d'autre, l'occultation de la personne.

Néanmoins, pareil(s) possible(s) ne peu(ven)t avoir lieu que si l'urgentiste n'occulte pas, ne perd pas mémoire de son *pouvoir de dédoublement* acceptant d'être lui-même (une) personne, et non uniquement le rouage d'un système de soins. Ce *pouvoir de dédoublement* l'autorise alors sciemment à s'extraire du *Cela* et à accéder au *Je*. L'aspect dual entre soi professionnel et soi identitaire - véritable question éthique à part entière - est ainsi évincé. Le soi professionnel et le soi identitaire s'entrecroisent, et décuplent ainsi les capacités soignantes. Par ailleurs, ce *pouvoir de dédoublement* permet de réfuter la séparation entre médecine de la santé, technicité des soins, et médecine soignante, souci de l'autre. Dès lors, la dichotomie, plus ou moins artificielle, entre art médical et science médicale tend à s'amenuiser, à être mise de côté, voire à devenir, au moins au fur et à mesure des rencontres, caduque. Ainsi la force de la promesse est-elle double : favoriser non seulement l'émergence de la rencontre, mais

aussi, graduellement, l'individuation du soignant à même de voir en l'autre d'abord une personne, avant de percevoir un malade.

Cette promesse constitue bien un contretemps à la médecine d'urgence, un contrepoint aux différentes vulnérabilités induites. En pareil contexte, à savoir celui de l'urgence et du temps contraint, la rencontre ainsi conduite est paradigmatique de celle ayant lieu en d'autres circonstances médicales, mais également dans la vie.

BIBLIOGRAPHIE

Livres

Alain, *Les aventures du cœur*, Paris, Paul Hartmann, 1957.

Albalat, Antoine, *L'art poétique de Boileau*, Paris, Société Française d'Éditions Littéraires et Techniques, 1929.

Ambrière, Francis, *Les grandes vacances 1939-1945*, La Trinité, Les Éditions de la nouvelle France, 1946.

Anscombe, Gertrude Elizabeth Margaret, *L'intention*, Paris, Gallimard, Bibliothèque de philosophie, 2014.

Arendt, Hannah, *Condition de l'homme moderne*, Paris, Calmann-Lévy, Pocket, 1983.

Aristote, *Ethique à Nicomaque*, Paris, Garnier Flammarion, 2004.

Aristote, *Métaphysique*, trad. B. Saint Hilaire, Paris, Librairie Germer- Baillère, 1879.

Aristote, *Physique*.

Aristote, *Poétique*, Paris, Le livre de poche, 2016.

Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, *L'organisation des urgences in Accueillir et soigner, l'AP-HP 150 ans d'histoire*, Paris, Doin, 1999.

Association des Lauréats de la Chancellerie des Universités de Paris, *Le principe vulnérabilité*, Paris, L'Harmattan, avril 2014.

Aubenque, Pierre, *La prudence chez Aristote*, Paris, Quadrige, Puf, 2014.

Aubert, Nicole, *Le culte de l'urgence ou la société malade du temps*, Paris, Flammarion, Champs essais, 2010.

Audet, Eugène François Raphaël, *Manuel pratique de médecine militaire*, Paris, O. Doin, 1885.

Bacon, Francis, *Bacon's Essays*, chapter XXV, Ed. Lee and Shepard, 1871.

Balansard, Anne, *Techne dans les dialogues de Platon, l'empreinte de la sophistique*, Academia Verlag, Sankt Augustin, 2001.

Baldwin, James, *La prochaine fois, le feu*, Paris, Folio, 2018.

Balsa, Casimiro, *Confiance et lien social*, Fribourg, Res socialis, Academic Press Fribourg, 2005.

Barrier, Philippe, *Le patient autonome*, Paris, PUF, 2015.

- Bellet, Maurice, *L'écoute*, Paris, Desclée de Brouwer, 1995.
- Beltran-Vidal, Danièle et al, *Les mots de la santé : influences des sociétés et des cultures sur la formation des mots de la santé*, Paris, L'Harmattan, 2006.
- Benaroyo, Lazare, *La philosophie du soin*, Paris, PUF, 2011.
- Bentham, George, *Essai sur la nomenclature et la classification des principales branches d'Art et Science, Ouvrage extrait du Chrestomathia de Jérémie Bentham*, Paris, Ed. Bossange Frères, 1823.
- Bentham, Jeremy, *An introduction to the principles of morals and legislation*, Osford, Ed. J.H. Burns et H.L.A. Hart, Oxford University Press, 1970.
- Bentham, Jeremy, *Introduction aux principes de morale et de législation*, I, Paris, Vrin, Analyse et philosophie, 2011.
- Berger, John et Mohr, Jean, *Un métier idéal*, Paris, Le Seuil, Editions de l'Olivier, 2009.
- Bergson, Henri, *La pensée et le mouvant*, Paris, PUF, Quadrige, 1990.
- Bergson, Henri, *Mouvement rétrograde du vrai*, in *La pensée et le mouvant*, Paris, PUF, Quadrige, 1990.
- Berthoz, Alain, *La décision*, Paris, Odile Jacob science, 2003.
- Bible, Hébreux, 6,16.
- Biet, Christian et Triaux, Christophe, *Qu'est-ce que le théâtre ?*, Paris, Gallimard, Folio essais, 2016.
- Birnbaum, Jean, *Où est passé le temps ?*, Paris, Gallimard, Folio Essais, 2012.
- Birnbaum, Jean, *Qui tient promesse ?*, Paris, Gallimard, Folio Essais, 2015.
- Boileau, Nicolas, *Art poétique*, Paris, Hachette, 1850.
- Boltanski, Luc, *L'amour et la justice comme compétences*, Paris, Métailié, 1990.
- Boltanski, Luc, *La souffrance à distance*, Paris, Gallimard, Folio essais, 2007.
- Boureau, Alain, *Le désir dicté, Histoire du vœu religieux dans l'Occident médiéval*, Paris, Les belles lettres, 2014.
- Bourget, Paul, *Nos actes nous suivent*, Paris, Plon, 1927.
- Boyer, Alain, *Chose promise, Etude sur la promesse à partir de Hobbes et de quelques autres*, Paris, Puf, Léviathan, 2014.
- Buber, Martin, *Je et Tu*, Paris, Flammarion, Philosophie (Aubier), 2012.
- Buck, Pearl, *Promesse*, Genève, Editions Jeheber, 1969.
- Camus, Albert, *Carnets II, (janvier 1942 - mars 1951), Cahier IV, 1945*, Paris, Gallimard, Folio, 2016.

- Camus, Albert, *L'homme révolté*, Paris, Gallimard, collection Folio, 1985.
- Camus, Albert, *La peste*, Paris, Gallimard, Folio, 1983.
- Camus, Albert, *Le mythe de Sisyphe*, Paris, Gallimard, Folio essais, 2008.
- Camus, Albert, *Lettres à un ami allemand*, Paris, Gallimard, Folio, 2015.
- Canguilhem, Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, Vrin, 1968, 7ème édition, 1994.
- Canguilhem, Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, août 2007.
- Canguilhem, Georges, *Activité technique et création, Communications et discussions*, Société toulousaine de philosophie, 11ème série, 1938.
- Cassella, Sarah, *La nécessité en droit international, De l'état de nécessité aux situations de nécessité*, La Hague, Martinus Nijhoff Publishers, 2011.
- Chalandon, Sorj, *Le quatrième mur*, Paris, Grasset, Le Livre de Poche, 2014.
- Chauveau, Sophie, *Manet, Le secret*, Paris, Gallimard, Folio, 2016.
- Chrétien de Troyes, *Yvain ou le chevalier au lion*, Paris, Gallimard, Folio, 2017.
- Claudé, Paul, *Le partage de midi*, Gallimard, Folio, Paris, 1993.
- Cournot, Antoine-Augustin, *Recherches sur les principes mathématiques de la théorie des richesses*, Paris, Hachette, 1838.
- Dagerman, Sitg, *Notre besoin de consolation est impossible à rassasier*, Paris, Actes Sud, 1989.
- Danet, François, *La médecine d'urgence. Vers de nouvelles formes de travail médical*, Ramonville Saint-Agne, Erès, collection Clinique du travail, 2008.
- D'Argenson, René, *Mémoires*, Paris, Baudouin frères, 1825.
- De Clapiers Vauvenargues, Luc, *Introduction à la connaissance de l'esprit humain*, Paris, chez Antoine Claude Briasson, 1768.
- De Kervasdoué, Jean, *L'hôpital*, Paris, PUF, Que sais-je ?, 2015.
- De Mercy, *Traité d'Hippocrate, des préceptes, de la décence, du médecin*, Paris, Imprimerie JM Eberhart, 1824.
- De La Fontaine, Jean, *Fables*, 1668.
- De la Poix de Frémonville, Edme, *Dictionnaire ou Traité de la police générale des villes, bourgs, paroisses, et seigneuries de la campagne*, Paris, Ed. F. Tocayen, 1771.
- De Musset, Alfred, *Les caprices de Marianne*, Paris, Flammarion, Libro, 2015.

- De Saint Exupéry, Antoine, *Pilote de Guerre*, Association Les Bourlapapey, janvier 2015.
- Delannoi, Gil, *Eloge de la prudence*, Paris, Pensée Politique et Sciences Sociales, Berg International, 1993.
- Deleuze, Gilles et Parnet, Claire, *Dialogues*, Paris, Flammarion, Champs essais, 2008.
- Derrida, Jacques, *L'écriture et la différence*, Paris, Essais, Points, 2014.
- Derrida, Jacques, *Mémoires pour Paul de Man*, Paris, Ed Galilée, 1988.
- Descartes, René, *Le discours de la méthode*, Saint Amand, Editions 10/18, 1985.
- Descartes, René, *Médiations métaphysiques*, IV, Paris, Editions 10/18, 1985.
- Descartes, René, *Médiations métaphysiques*, IV, Paris, Flammarion, Le monde de la philosophie, 2008.
- Dewey, John, *La quête de certitude, Une étude de la relation entre connaissance et action*, Paris, Gallimard, 2014.
- Dewey, John, *La formation des valeurs*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, La découverte, 2016.
- Dostoïevski, Fiodor, *Les frères Karamazov*, Paris, Gallimard, Folio, 2015.
- Dumesnil, Julien, *Art médical et normalisation du soin*, Paris, Puf, 2011.
- Emmanuelli, Xavier et Emmanuelli, Julien, *Au secours de la vie, La médecine d'urgence*, Paris, Découvertes Gallimard, 1996.
- Enard, Mathias, *Remonter l'Orénoque*, Paris, Babel, Actes Sud, 2016.
- Epicure, *Lettre à Ménécée*.
- Evangile selon Saint Luc, X. Versets 25-37.
- Feissel-Leibovici, Anna, *Parcours de santé*, Paris, Armand Colin, 2004.
- Felman, Shoshana, *Le scandale du corps parlant. Don Juan avec Austin ou La séduction en deux langues*, Paris, Ed. du Seuil, 1980.
- Fisher, Berenice, Tronto, Joan, *Toward a feminist theory of caring*, Circles of care, E.K. Abel et M. Nelson (ed.), Albany, Sunny Press, 1990.
- Foucault, Michel, *La naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1978.
- Foucault, Michel, *Les mots et les choses*, Paris, Gallimard, collection Tel, 2016.
- Froment, Alain, *Pour une rencontre soignante*, Paris, Editions des archives contemporaines, 2014.
- Garrau, Marie et al, « Care », *justice et dépendance. Introduction aux théories du care*, Paris, PUF, 2010.

- Gary, Romain, *La promesse de l'aube*, Paris, Gallimard, Folio, 2015.
- Geoffroy, Michel, *La patience et l'inquiétude, pour fonder une éthique du soin*, Romillat, Collection espace éthique et politique, Institut Hannah Arendt, 2004.
- Gilligan, Carol, *Une voix différente, Pour une éthique du care*, Paris, Flammarion, Champs Essais, 2008.
- Greisch, Jean, *Paul Ricoeur, L'itinérance du sens*, Grenoble, Millon, Collection Krisis, 2001.
- Guillaume, Pierre, *Le rôle social du médecin depuis deux siècles (1800-1945)*, Paris, La Documentation Française, 1996.
- Habermas, Jurgen, *De l'éthique de la discussion*, Paris, Champs Flammarion, 2006.
- Héraclite, *Allégories d'Homère*, trad. De F. Buffière, Paris, Les Belles Lettres, 1962.
- Héraclite, *Fragments*, Paris, GF Flammarion, 2002.
- Hésiode, *La Théogonie*, Nouvelle traduction par M. Patin, Paris, Typographie Georges Chamérot, 1872.
- Hippocrate, *Œuvres d'Hippocrate*, traduction d'Anuce Foès (édition de Pierer), Tome deuxième, Paris, 1838.
- Hippocrate, *Les épidémies dans Epidémies d'Hippocrate*, Premier et troisième livres des crises et des jours critiques, Paris, 1815.
- Hippocrate, *Œuvres complètes*, vol. 9, trad. Emile Littré, J.-B. Baillièrre, 1861.
- Homère, *L'Illiade*, Nouvelle traduction de Louis Bardollet, Paris, Robert Laffont, Bouquins, 2011.
- Homère, *Odyssée*.
- Honneth, Axel, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Gallimard, Folio Essais, 2015.
- Hottois, Gilbert et al, *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*, Paris, De Boeck Université, 2001.
- Hugo, Victor, *Le dernier jour d'un condamné*, Paris, Pocket, 2004.
- Hugo, Victor, *Détruire la misère*, discours à l'Assemblée Nationale du 9 juillet 1849.
- Hugo, Victor, *Les travailleurs de la mer*, Paris, Librairie illustrée, 1876.
- Husserl, Edmund, *Recherches logiques*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection Epiméthée, 1969.
- Illich, Ivan, *La corruption du meilleur engendre le pire*, Paris, Actes Sud Spiritualités, 2007.
- Illich, Ivan, *Némésis médicale, L'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 1975.

- Ionesco, Eugène, *Le roi se meurt*, Paris, Gallimard, Folio, 2015.
- Jonas, Hans, *L'art médical et la responsabilité humaine*, Paris, Cerf, 2012.
- Jullien, François, *Du « temps », Eléments d'une philosophie du vivre*, Paris, Le Livre de Poche, Collection biblio essais, 2014.
- Jullien, François, *L'écart et l'entre, Leçon inaugurale de la Chaire sur l'altérité*, Paris, Galilée, 2015.
- Jullien, François, *Si près, tout autre*, Paris, Grasset, 2018.
- Kant, Emmanuel, *Critique de la raison pratique*, Paris, Gallimard, Folio essais, 2003.
- Kant, Emmanuel, *Critique de la raison pure, Esthétique transcendantale*, Paris, Garnier Flammarion, 2001.
- Kant, Emmanuel, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Troisième section, Paris, Ed. Delagrave, 1999.
- Kemp, Peter, *Le discours bioéthique*, Paris, Cerf, 2004.
- Kierkegaard, Sören, *L'équilibre entre l'esthétique et l'éthique*, in *Ou bien, ou bien...*, 1843, trad. F. Prior, O. Prior et M.-H. Guignot, Paris, Gallimard, 2016.
- Klein, Etienne, *Le temps*, Paris, Flammarion, Dominos, 1995.
- Kleinman, Arthur, *The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition*, New York, Basic books, 1988.
- Kristeva, Julia, *La haine et le pardon*, Paris, Fayard, 2005.
- Kundera, Milan, *L'art du roman*, Paris, Gallimard, Folio, 2002.
- Lachenal, Guillaume, et al, *La médecine du tri, Historique, éthique, anthropologie*, Paris, PUF, Science Histoire et Société, 2014.
- Larrey, Dominique Jean, *Mémoires de chirurgie militaire et campagnes, t.III (1812)*, Paris, J Smith, 1812.
- Lelait, David, *Poussière d'homme*, Paris, Editions Anne Carrière, Pocket, 2015.
- Lemaitre, Pierre, *Au revoir là-haut*, Paris, Le livre de poche, 2015.
- Lévinas, Emmanuel, *Altérité et transcendance*, Paris, Le livre de poche, collection biblio essais, 2006.
- Lévinas, Emmanuel, *Entre nous. Essais sur le penser-à-l'autre*, Paris, Le Livre de poche, Collection biblio essais, 1991.
- Lévinas, Emmanuel, *Ethique et infini*, Paris, Le Livre de Poche, Collection biblio essais, 2014.

Lévinas, Emmanuel, *Totalité et infini*, Paris, Le Livre de Poche, Collection biblio essais, 2008.

Littré, Emile, *Œuvres complètes d'Hippocrate*, Paris, Ed JB Baillière, 1839.

Livet, Pierre, *Qu'est-ce qu'une action ?*, Paris, Vrin, Chemins philosophiques, 2005.

Lombard, Jean, Vandewalle, Bernard, *Philosophie et soin*, Paris, Ed Seli Arslan, 2009.

Louzoun, Claude et Salas, Denis, *Justice et psychiatrie, Normes, responsabilité, éthique*, Toulouse, Erès, 1998.

Machiavel, *Le Prince*, Paris, Gallimard, Folio classique, 2016.

Maillard, Nathalie, *La vulnérabilité, une nouvelle catégorie morale ?* Genève, Labor et fides, 2011.

Marc Aurèle, *Pensées pour moi-même*, Paris, GFlammarion, 1992.

Margel, Serge, *Le tombeau du dieu artisan*, Paris, Les Editions de Minuit, 1995.

Martin du Gard, Roger, *Les Thibault, La consultation*, Tome II, Paris, Gallimard, Folio, 1984, Paris, Gallimard, Folio, 1984.

Mattéi, Jean-François, *Platon et le miroir du mythe*, Paris, PUF, Quadrige, 2002.

Maurois, André, *Mémoires I, Années d'apprentissage et années de travail*, Paris, Flammarion, 1948.

Michaux, Henri, *Passages, Œuvres Complètes*, t.I, Paris, Gallimard, Bibliothèque de la Pléiade, 2001.

Mill, John Stuart, *L'utilitarisme*. Vendôme, Quadrige, Presses Universitaires de France, 1998.

Mol, Annemarie, *Ce que soigner veut dire. Repenser le libre choix du patient*, Paris, Presses des Mines, Collection Sciences sociales, 2009.

Molière, *Dom Juan*.

Molinier, Pascale et al, *Qu'est-ce que le care ?* Paris, Petite bibliothèque Payot, 2009.

Montaigne, Michel, *Essais*, éd. P. Villey et V.-L. Saulnier, Paris, PUF, 1978.

Montaigne, Michel, *Les Essais*, Paris, Seuil, 1967.

Montgomery Hunter, Kathryn, *Doctor's stories : the narrative structure of medical knowledge*, Princeton University Press, 1991.

Morange, Michel, *La vie, l'évolution et l'histoire*, Paris, Odile Jacob, 2011.

Morin, Edgard, *Ethique, La méthode 6*, Paris, Seuil, 2004.

Nietzsche, Friedrich, *Généalogie de la morale*, Deuxième traité, Paris, GF Flammarion, 1996.

Nietzsche, Friedrich, *Œuvres philosophiques complètes*, tome VII, Paris, Gallimard, 1971.

Nussbaum, Martha, *The fragility of Goodness. Luck and ethics in Greek Tragedy and philosophy*, Cambridge, Cambridge University Press, 2001.

Pascal, Blaise, *De l'esprit géométrique*, éditions eBooksFrance.

Pascal, Blaise, *Deuxième discours sur la condition des grands. Grandeurs naturelles, grandeurs d'établissement*.

<http://www.philolog.fr/deuxieme-discours-sur-la-condition-des-grands-grandeurs-naturelles-grandeurs-detablissement-pascal/>

Pascal, Blaise, *Pensées*, Paris, Lefèvre Librairie, 1819.

Paugam, Serge, *Repenser la solidarité, L'apport des sciences sociales*, Paris, Puf, Le lien social, 2007.

Peneff, Jean, *L'hôpital en urgence*, Paris, Métailié, 2005.

Peneff, Jean, *Les malades des urgences, Une forme de consommation médicale*, Paris, Métailié, 2000.

Pennac, Daniel, *Journal d'un corps*, Paris, Gallimard, Folio, 2017.

Penseurs grecs avant Socrate, De Thalès de Milet à Prodicos, Paris, GF Flammarion, 1988.

Perec, Georges, *Espèce d'espaces*, Paris, Galilée, 2000.

Pessoa, Fernando, *Le livre de l'intranquillité*, Paris, Christian Bourgeois éditeur, 2011.

Platon, *La république*, disponible sur remacle.org.

Platon, *Les lois*.

Platon, *Protagoras*, Paris, GF Flammarion, 1997.

Plotin, *Ennéades*.

Rawls, John, *Théorie de la justice*, Paris, Points, Collection Essais, 2009.

Réaumur, René Antoine - « *Avis pour donner du secours à ceux que l'on croyait noyez* », Paris, Impression royale, 1740.

Renaut, Alain, *L'ère de l'individu*, Paris, Gallimard, 1989.

Ricoeur, Paul - *Du texte à l'action*, Paris, Seuil, 1986.

Ricoeur, Paul, *Anthropologie philosophique, Ecrits et conférences 3*, Paris, Seuil, La couleur des idées, 2013.

Ricoeur, Paul, *Entre éthique et ontologie : la disponibilité*, Paris, Bibliothèque Nationale, 1989.

Ricoeur, Paul, *Parcours de la reconnaissance*, Paris, Gallimard, Folio Essais, 2013.

Ricoeur, Paul, *Soi-même comme un autre*, Paris, Editions du Seuil, Points Essais, 2015.

Ricoeur, Paul, *Temps et récit*, Tome III, Paris, Seuil, 1987.

Rilke, Rainer Maria, *Lettres à un jeune poète*, Paris, Grasset, Les Cahiers Rouges, 2011.

Rittiez, François, *Histoire du Palais de justice de Paris et du parlement : mœurs, coutumes, institutions judiciaires, procès divers, procès légal*, Paris, Editeur Durand, 1860.

Rochat, Philippe, *Le monde des bébés*, Paris, Odile Jacob, 2006.

Roth, Philippe, *Goodbye Columbus*, Paris, Folio, 2018.

Rousseau, Jean-Jacques, *Du contrat social*, Paris, Gallimard, Folio Essais, 1964.

Rousseau, Jean-Jacques, *Emile ou l'éducation*, Paris, Garnier, 1964.

Saint Augustin, *La cité de Dieu*, Paris, Points, Sagesses, 1994.

Saint Augustin, *Les confessions*, Paris, Garnier Flammarion, 1964.

Saint Sernin, Bertrand, *Précis de l'action*, Paris, Cerf, Collection Passages, 2012.

Sartre, Jean Paul, *Critique de la raison dialectique*, Paris, Gallimard, 1961.

Sartre, Jean Paul, *L'être et le néant*, Paris, Gallimard, Collection Tel, 2016.

Sen, Amartya, *L'idée de justice*, Paris, Flammarion, janvier 2010.

Sénèque, *De la colère*, Paris, Rivages poche, Petite bibliothèque, 2014.

Sénèque, *Lettres à Lucilius*, Paris, Fayard, Editions Mille et une nuits, 2015.

Sénèque, *Sur la brièveté de la vie*, Paris, Fayard, Editions Mille et une nuits, janvier 1994.

Soljénystine, Alexandre, *Le pavillon des cancéreux*, Paris, Julliard, Presses Pocket, 1980.

Sophocle, *Antigone*, Paris, Le Livre de poche, Le théâtre de poche, 2014.

Tchékhov, Anton, *Les groseilliers et autres nouvelles*, Paris, Gallimard, Folio, 2016.

Tenon, Jacques, *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, Paris, Ed. PH. D. Pierres, 1788.

Tesson, Sylvain, *Une vie à coucher dehors*, Paris, Gallimard, Folio, 2017.

Teyssiere, Daniel, *La médecine du peuple de Tissot à Raspail : 1750-1850*, Créteil, Archives départementales du Val de Marne, 1995.

Todorov, Tzvetan, *Face à l'extrême*, Paris, Essais, Points, 1994.

Tronto, Joan, *Le risque ou le care ?*, PUF, Mayenne, Octobre 2012.

Tronto, Joan, *Un monde vulnérable, pour une politique du care*, Paris, Editions la découverte, 2009.

Valéry, Paul, *Le bilan de l'intelligence*, Paris, Allia, 2011.

Valéry, Paul, *Regards sur le monde actuel*, Paris, Stock, 1931.

Valette, Pierre, *Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique*, Paris, Le monde PUF, collection partage du savoir, 2013.

Valmy-Baysse, Jean, *La curieuse aventure des boulevards extérieurs*, Paris, Éditions Albin-Michel, 1950.

Van Gennep, Arnold, *Les rites de passage*, Paris, Mouton &Co and Maisons des sciences de l'homme, Johnson reprint corporation, Vème édition, 1969.

Van Meerbeeck, Philippe et Jacques, Jean Pierre, *L'inentendu, Ce qui se joue dans la relation soignant-soigné*, Paris, Ed. de boeck, 2013.

Verger, Jacques, *Les universités au moyen âge*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection SUP, 1973.

Viaud, Gaston, *L'intelligence*, Paris, PUF, 1971.

Voltaire, *Zadig ou la destinée*, Paris, Gallimard, Folio Classique, Mai 2015.

Weil, Simone, *Ecrits de Londres*, Paris, Gallimard, 1957.

Weil, Simone, *La personne et le sacré*, Paris, Rivages poche, Petite bibliothèque, 2017.

Weil, Simone, *La pesanteur et la grâce*, Paris, Calmann-Lévy, Pocket Agora, 2017.

Weil, Simone, *Le ravissement de la raison*, Paris, Editions du Seuil, Points, 2009.

Woolf, Virginia, *Rêves de femmes*, Paris, Folio, 2018.

Yourcenar, Marguerite, *Mémoires d'Hadrien*, Paris, Gallimard, Folio, 2015.

Zielinski, Agata, *Lévinas, la responsabilité est sans pourquoi*, Paris, PUF, Philosophies, 2004.

Zittoun, Robert, *Penser la médecine, Essais philosophiques*, Paris, Ellipses, 2002.

Zola, Emile, *L'assommoir*, Paris, Ed G. Charpentier, 1877.

Zweig, Stefan, *La pitié dangereuse ou l'impatience du cœur*, Paris, Grasset, Le livre de poche, 2012.

Articles

- Alric J., "Aidos, la pudeur grecque", *Revue Mauss*, 2000, n°15 : 150-164.
- Bernstein S.L., Aronsky D., Duseja R. et al, "The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes", *Acad Emerg Med*, 2009 Jan ; 16(1) :1-10.
- Blackham R.J., "The french medical service in the field", *Lancet*, 1920 oct, 196, n°5066 :711-15.
- Briot R., "Des rapports Steg au futur DES, 30 ans d'évolution de la spécialité de médecine d'urgence", *Journal du SNPHAR*, juillet 2012, n°61 : 10-11.
- Canguilhem G., "La mobilisation des intellectuels : Protestations d'étudiants", *Libres propos*, 20 avril 1927 : 50-54.
- Catala F., "Histoire de la médecine d'urgences", *ADSP*, septembre 2005, n°52 : 14-17.
- Cowan RM., Trzeciak S., "Clinical Review : Emergency department overcrowding and the potential impact on the critically ill". *Crit Care*, 2005 Jun;9 (3):291-5.
- Critical care services and personnel : recommendations based on a system of categorization into two levels of care. American College of Critical Care of Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 1999 Feb; 27 (2) : 422-426.
- Debru A., "Médecin et malade dans la médecine hippocratique : interrogatoire ou dialogue ? Médecine antique, cinq études" *Université d'Amiens, Faculté des Lettres*, 1991:35-49.
- Devkaran S., Parsons H., Van Dyke M. et al., "The impact of a fast track area on quality and effectiveness outcomes: A Middle Eastern emergency department perspective". *BMC Emergency Medicine* 2009 ; 9:11.
- Ducatillon J., Le Serment d'Hippocrate, problèmes et interprétations, *Bulletin de l'Association Guillaume Budé*, numéro 1, Mars 2001: 34-59.
- Duhamel G., "L'étatisme et les responsabilités de la médecine", *Revue des deux mondes*, 15 mai 1934, 104ème année: 277-289.
- Dumond J.P., "Les conflits de pouvoir à l'hôpital", *Les tribunes de la santé*, 2003/1, n°1: 71-81.
- Duruz N., "Anthropologie clinique, psychopathologie et psychothérapie", *Le journal des psychologues*, 2008/5(n°258): 18-21.
- Fletcher C., "Listening and talking to patients", *Br. Med J* 1980 ; 931-933.
- Froment A., "Rôle du patient dans la décision médicale", *Thérapie* 1996 ;51 :283-86.
- Garrouste-Orgeas M., Montuclard L., "French ADMISSIONREA Study Group, Predictors of intensive care unit refusal in French intensive care units : a multiple-center study". *Crit Care Med*. 2005 Apr;33(4):750-5.

Granjon M.C., "La prudence d'Aristote : histoire et pérégrinations d'un concept", *Revue française de science politique*, 1999, 49^{ème} année, n°1: 137-146.

Guyatt G.H., "Evidence-based medicine". *ACP Journal Club* 1991 : A-16, doi:10.7326/ACPJC-1991-114-2-A16.

Hœrni B., "La loi du 30 novembre 1892", *Histoire des sciences médicales*, 1998, tome XXXII - № 1: 63-67.

Iseron K., Moskop J., "Triage in Medicine, Part I : Concept, history and types", *Ann Emerg Med.* 2007 Mar;49(3):275-81.

Iseron K., Moskop J., "Triage in Medicine, Part II : Underlying values and principles", *Ann Emerg Med.* 2007 Mar;49(3):275-81.

Iseron KV., Moskop JC, "Triage in Medicine, Part I : Concept, history and types", *Ann Emerg Med.* 2007 Mar;49(3):275-81.

Jauréguiberry F., "Télécommunications et généralisation de l'urgence", *Sciences de la Société*, mai 1998, n°44: 83-96. .

<https://web.univ-pau.fr/RECHERCHE/SET/Auteurs/jauregui/urgence.pdf>

Jouanna J. et al, "Médecine antique, cinq études", *Revue des études grecques*, année 1994, p.256.

Kellermann A.L., "Mama's rules", *Ann Emerg Med*, 2009 May; 53(5) : 688-9.

Kelley D., "L'Art : l'harmonie du beau et de l'utile", *Romantisme*, Année 1972, volume 2, numéro 5: 18-36.

Kulstad E.B., Sikka R., Sweis R.T. et al, "ED overcrowding is associated with an increased frequency of medications errors". *Am J Emerg Med.* 2010 Mar ; 28(3) : 304-9.

Ladrière J., "Engagement", *Encyclopedia Universalis* tome 6, 1970: 242-45.

Le Blanc G., "La vie psychique de la maladie", *Esprit*, janvier 2006, 1: 109-122.

Leplège A., Hunt S. "The problem of quality of life in medicine". *JAMA* 1997 Jul 2;278(1):47-50.

Mercier M., Schraub S., "Qualité de vie : quels outils de mesure ?" *27èmes journées de la SFSPM*, Deauville, Novembre 2005: 418-423.

Nemitz B., "L'évolution de l'enseignement de la médecine d'urgence jusqu'à la naissance du DESC", *La revue des SAMU*, 2005: 329-332.

Nemitz B., Carli P. et al, "Référentiel métier-compétences pour la spécialité de médecine d'urgence", *Annales françaises de médecine d'urgence*, 2012, 2(2): 125–38.
Pellegrino ED., "Being ill and being healed, Some reflections on the grounding of medical morality". *Bull N. Y. Acad Med*, 1981, vol 57, n°1: 70-79.

Pierron JP, "Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins". *Sciences Sociales et Santé*, 2007, 25(2) : 43- 65.

Pines J.M., Hollander J.E., Kulstat E. et al., "Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain presented at the Society for Academic Emergency Medicine National Assembly", May 2007, Chicago, IL. *Am.J. Em. Med*, 2010,38: 304 -9.

Pirard V., "Qu'est-ce qu'un soin ? Pour une pragmatique non vertueuse des relations de soin", *Esprit*, Janvier 2006: 80-94.

Raven M.C. et al., "Comparison of presenting complaint vs discharge diagnosis for identifying « nonemergency » *Emergency Department visits*". *JAMA* (2013) 309, 11 : 1145-53.

Renaut M.H. , "L'évolution de l'acte médical", *Revue de Droit Sanitaire et Social*, janv-mars 1999, 35 (1) : 45-71.

Richardson, D.B., "Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency departments overcrowding". *Med J Aust*, 2006 Mar 6 ; 184(5) : 213-6.

Riou B., "2017 : l'an 1 du diplôme d'études spécialisées de médecine d'urgence", *Ann. Fr. Méd. Urgence*, 2017, 7 :1-4.

Robert J., "Les situations d'urgence en droit constitutionnel", *Revue internationale de droit comparé*, 1990, volume 42(2): 751-764.

S.F.M.U., "Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence", *JEUR* 2001, 144-152.

Sackett D.L. & al., "Evidence based medicine: what it is and what it isn't", *BMJ*, janvier 1996, vol. 312, n° 7023 : 71-2.

Sainte Fare Garnot N., "L'hôpital général de Paris. Institution d'assistance, de police ou de soins ?", *Histoire, économie et société*, 1984, vol 3, numéro 4: 535-542.

Sournia J.C., "Les fondements du décret du 14 frimaire an II (4 décembre 1794)", *Revue de la Société Française d'Histoire des Hôpitaux*, n°18, 2/1995: 47-50.

Spivrilis P.C., Da Silva J.A., Jacobs I.G. et al, "The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments", *Med J Aust*, 2006 Mar 6 ; 184(5) : 208-12.

Vassy C., "L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire", *Mouvements*, 2004/2(n°32): 67-74.

Von Staden H., "« In a pure and holy way » : personal and professional conduct in the Hippocratic oath ?", *Journal of the history of medicine and allied sciences*, october 1996, vol 51: 404-437.

Watine J., "Translations of the Evidence Based Medicine concept in different languages : is it time for international standardisation ?" *Clin. Chem. Lab. Med.*, sept2010, vol.48,n°9: 1227-28.

Wong M., "Nicolas Pirogov et son temps" [note critique], Ecole pratique des Hautes études. 4ème section. *Sciences historiques et philologiques*, 1969, volume 101/numéro 1: 561-564.

World Health Organization. "Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL)". *Qual Life Res* 1993; 2: 153-9.

Zielinski A., "L'éthique du care, Une nouvelle façon de prendre soin", *Etudes*, 2010/12: 631-641.

Recommandations professionnelles ou rapports officiels

Code de Nuremberg, 1947.

http://www.frqs.gouv.qc.ca/documents/10191/186011/Code_Nuremberg_1947.pdf/d29861b8-30a7-456e-9a83-508f14f4e6d5

HAS, *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, Dossier du patient : réglementation et recommandations*, Juin 2003.

HAS, *Méthodes d'élaboration des recommandations de bonnes pratiques*, 2014.

S.F.M.U., *Le triage en structure des urgences*, Recommandations formalisées d'experts, 2013.

S.F.M.U., *Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence*, JEUR 2001, 144-152.

S.F.M.U., *Recommandations, Architecture des services d'urgence*, 2005.

S.F.M.U., *Référentiel Infirmière Organisatrice de l'Accueil*, 2004.

Samu-Urgences de France, *Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence - sudf_effectifs_médicaux-et-non médicaux*, novembre 2011.

Textes de loi

Arrêté du 24 juillet 1970 Création d'un deuxième cycle des études médicales, JORF du 30 juillet 1970.

Arrêté du 14 septembre 2001 relatif à l'organisation et à l'indemnisation des services de garde et à la mise en place du repos de sécurité dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux, JORF du 19 septembre 2001.

Arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine, JORF du 4 décembre 2015.

Code pénal :

- Article 226-13 du code pénal modifié par ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art 3(V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1^{er} janvier 2002.
- Article 434-3 du code pénal modifié par ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art 3(V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1^{er} janvier 2002.

Code civil :

- Article 425 du code civil modifié par la loi n°2007-308 du 5 mars 2007 – art. 7 JORF 7 mars 20087 en vigueur le 1^{er} janvier 2009.
- Article 440 du code civil modifié par la loi n°2007-308 du 5 mars 2007 – art 7 JORF 7 mars 2007 en vigueur le 1^{er} janvier 2009.
- Article 459 du Code Civil.
- Article 16-3, Code Civil, xvi–iii.
- Article 1200 créé par Loi 1804-02-07 promulguée le 17 février 1804.
- Article 1202 créé par Loi 1804-02-07 promulguée le 17 février 1804.

Code de Santé Publique :

- Article R.4127-2 du Code de Santé Publique.
- Article 4127-6 du Code de Santé Publique.
- Article R.4127-8 du Code de Santé Publique.
- Article 4127-32 du Code de Santé Publique.
- Article R.4127-33 du Code de Santé Publique.
- Article R.4127-35 du Code de Santé Publique.
- Article R.4127-44 du code de la santé publique.
- Article R. 4127-47 du Code de Santé Publique.
- Article D. 6124-101 du Code de Santé Publique.
- Article L1110-8 du Code de Santé Publique.
- Article L 1111-2 du code de Santé Publique.
- Article L 1111-5 du code de Santé Publique.
- Article L 1111-6 du code de Santé Publique.
- Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002, décret relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L.1111-7 et L.1112-1 du code de la santé publique - JORF n°101 du 30 avril 2002 page 7790, texte n° 8.
- Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), JORF du 23 mai 2006.
- Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique, JORF du 23 mai 2006.
- Décret n°97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des

schémas d'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique, JORF du 1er juin 1997.

- Décret no 95-648 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique, JORF du 10 mai 1995.

Circulaire DH.4B/D.G.S.3E/91 – 34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale.

Circulaire DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis.

Circulaire DHOS 01/n°2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

Circulaire DHOS/O1 no 2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences.

Code de Déontologie Médicale, Conseil National de l'Ordre Des Médecins, Novembre 2012.

Code de déontologie médicale, édition avril 2017.

<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>

Code de la Sécurité Sociale, code L162-2 créé par décret 85-1353 1985-12-17 art.1, JORF 21 décembre 1985.

Constitution du 24 juin 1793.

Convention de Genève du 22 août 1864, article 6.

https://www.redcrossmuseum.ch/wp-content/uploads/Lire_la_Convention_de_Geneve_de_1864.pdf

Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen du 24 juin 1793.

<http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/les-constitutions-de-la-france/constitution-du-24-juin-1793.5084.html>

Direction des Hôpitaux, *Circulaire no DH.4B/D.G.S. 3E /91 — 34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des Services d'Accueil des Urgences dans les établissements à vocation générale : guide d'organisation.*

Instruction N° DGOS/R2/2016/351 du 24 novembre 2016 à relative à l'actualisation du diagnostic des populations situées à plus de trente minutes d'un accès aux soins urgents.

JORF du 16 octobre 1999.

JORF du 20 mars 1985.

Loi 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, JORF du 23 décembre 2000.

Loi n°68-5 du 3 janvier 1968, Code Civil.

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, JORF du 4 janvier 1992.

Loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques, JORF du 26 décembre 1982.

Loi n°88-1138 du 20 décembre 1988 dite Huriet relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002.

Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs du Code Civil entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009.

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF du 22 juillet 2009.

Ordonnance n° 58-1873 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale, JORF du 22 juin 2000.

Rapports

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), *L'analyse de l'activité hospitalière 2012*.

ARS Ile de France, *Charte régionale d'identification du patient*, Version 2.6, Mars 2015.

Baubeau D. et al, *Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières, Études et Résultats*, n° 215, DREES, janvier 2003.

Baubeau D. et al, *Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés*, Études et Résultats, n° 72, DREES, juillet 2000.

Boisguerin B. et al, *La moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux hospitalisés*, Études et résultats, n°889, DREES, juin 2014.

Braun F. et al, Note de synthèse, Surcharge des structures des urgences et gestion des hospitalisations, septembre 2013.

Bull. Acad. Natle Med., *Un humanisme médical pour notre temps 2011*, 195, n°6, 1345-1368, p.1346, séance du 21 juin 2011.

Carrasco V., et al, *Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale*, Études et Résultats, n° 212, DREES, janvier 2003.

Cash E. et al., « *Enquête qualitative préalable à la définition d'une enquête nationale sur les urgences hospitalières* », Document de travail n° 125, Série études et recherche, DREES, mars 2013.

CCNE, *Avis sur les expérimentations sur des malades en état végétatif chronique*. Rapport. N°7 - 24 février 1986.

Commission Régionale d'Experts Urgences Ile de France, *Activité des services d'urgence Ile de France*, année 2014.

Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2014*.

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf

Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Atlas de la démographie médicale en France, Profils comparés : 2007/2017, les territoires au cœur de la réflexion*, janvier 2017.

[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas de la demographie medecale 2017.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medecale_2017.pdf)

Conseil National de l'Ordre des médecins, *La déontologie médicale et son environnement juridique, Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 19 juin 2004*.

<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnpdeontologieetdroit.pdf>

Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Histoire de l'Ordre National des médecins français*, 2012.

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/historique2012_0.pdf

Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine : Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine, 4.IV.1997.

Cour des comptes, *Rapport public annuel 2012*, février 2012.

Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2013*, Paris, La Documentation française, septembre 2013.

Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010*, La Documentation française, septembre 2010. disponible sur www.ccomptes.fr

Cour des comptes, *Rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014*, Paris, La Documentation française, septembre 2014.

Direction générale de la Santé, *Méthodologie de retour d'expériences pour les évènements sanitaires ou à impact sanitaire*, mars 2007.

DREES, *Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ?*, juin 2013.

DREES, *Statistiques Annuelles des Etablissements*, 2011.

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/la-statistique-annuelle-des-etablissements-sae>

Gouyon M., et al, *Les recours urgents ou non programmés en médecine générale – Premiers résultats*, Études et Résultats, n°471, DREES, mars 2006.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er471.pdf>

Grall J.Y., *Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences*, Juillet 2015.
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015-07-06_Rapport-Territorialisation_des_Urgences.pdf

Hardy-Dubernet A.C., M. Arliaud, et al, *La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix des professionnels des médecins*, Laboratoire Georges Friedmann, HAL, novembre 2001.

Hubert E., *Mission de concertation sur la médecine de proximité*, novembre 2010.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000622.pdf>

Le Sénat, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières*, Session extraordinaire N° 685, *Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé*, 26 Juillet 2017.
http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685_mono.html

Ministère de la Santé, *L'établissement de santé en tension, Les éléments opérationnels de veille de l'activité quotidienne dans les établissements de santé et les seuils de déclenchement du plan blanc*.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_de_l_etablissement_de_sante_en_tension.pdf

Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers, *Réduire les temps d'attente et de passage aux urgences*, mai 2009.
<http://urgentologie.free.fr/dmdocuments/organisation/sau/MeaH/2005-06%20-%20temps%20d'attente%20aux%20Urgences%20-%20fin%20mission.pdf>

Organisation des Nations Unies pour l'éducation la science et la culture, UNESCO, *Rapport du Comité International de Bioéthique de l'UNESCO sur le principe du respect de la vulnérabilité humaine et de l'intégrité de la personne*, 2015.
<http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002323/232368f.pdf>

Organisation Mondiale de la Santé, Alliance mondiale pour les personnels de santé, *Une vérité universelle, Pas de santé sans ressources humaines – Novembre 2013*.
http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport_summary_Fr_web.pdf

Protection Internationale, *Protection des défenseurs des droits humains : bonnes pratiques et leçons tirées de l'expérience. Unité de recherche et formation. Annexe 1: La gestion du risque : menaces, vulnérabilité et capacités*, 2012.
<https://www.protectioninternationale.org/sites/default/files/languages/2011-Best-Practices-and-Lessons-Learnt-FR.pdf>

Rapport « Ethique et santé » dit Rapport Cordier (2003).
<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000226.pdf>

Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 14 juin 2003, *Liberté d'installation, liberté d'exercice, quelle médecine pour quels médecins ?*
<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/rapportdudr.bouet.pdf>

Rapport de la commission permanente du Conseil National de l'Ordre des Médecins adopté lors des Assises du 30 juin 2007.
<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnpvulnerabilite2007.pdf>

Steg A., *L'urgence à l'hôpital*, Conseil Economique et Social, 1989.

Steg A., *L'urgence médicale*. Rapport présenté au nom du Conseil économique et social - Journal Officiel - Avis et rapports du Conseil économique et social 1984.

Steg A., *Rapport sur la médicalisation des urgences*, Commission Nationale de Restructuration des Urgences, 1993.

Thèses ou mémoires

Bungener M., *Besoins en médecins et fonctions sociales de la médecine*, Thèse de doctorat en Économie Publique et Gestion des Activités non marchandes, Université Paris IX Dauphine, 1980.

Gamel P., *La préservation du principe de gratuité des secours face aux comportements abusifs*, Mémoire réalisé dans le cadre du Master 2 Droit et Management Public des Collectivités Territoriales, Juin 2015.

Le Quellec S., *Histoire des urgences à Paris de 1770 à nos jours*, Thèse pour le doctorat en médecine, Faculté de Xavier Bichat, 13 Octobre 2000.

Wanecq C.A., *Le 15 contre le 18, Histoire de l'urgence médicale (1965-1979)*, Institut d'Études Politiques de Paris, 2016.

Communiqués de presse

[Communiqué de presse du 4 octobre 2016, http://social-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/marisol-touraine-annonce-des-mesures-concrettes-pour-valoriser-l-exercice](http://social-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/marisol-touraine-annonce-des-mesures-concrettes-pour-valoriser-l-exercice)

Jeanblanc A., *Urgences, plus d'un patient sur dix est mal orienté*, 13/09/2016, lepoint.fr

Bienvault P., Buzyn A., *L'humanité en médecine*, La Croix, 20/05/2016.
<http://www.la-croix.com/Sciences-et-ethique/Sante/Agnes-Buzyn-l-humanite-en-medecine-2016-05-20-1200761628>

Propos de Madame A. Buzyn, ministre de la santé, tenus sur RTL le 25 janvier 2018.

Autres sources

Adèle Van Reeth - France Culture, *Les chemins de la philosophie*, Emission du 03/06/2014, *A quoi bon promettre ?*

Centre national de ressources textuelles et linguistiques.

Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Serment d'Hippocrate*, version du 05/01/2012.
<https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>

Cour de cassation, Civ., 20 mai 1936, Mercier.

Déclaration d'Helsinki de l'AMM, *Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains*.

<http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/b3/>

Déclaration de Barcelone, Propositions politiques à la Commission Européenne par les partenaires du Projet BIOMED-II, projet sur les principes éthiques de base en bioéthique et biodroit, Novembre 1998.

<http://genevieve.delaisi.free.fr/pages/barcel2.html>

Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen de 1789.

http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-paris/nos-actions-de-prevention/bilan-de-sante-gratuit-pour-les-adultes_paris.php

Hugo, Victor - *Détruire la misère*, discours à l'Assemblée Nationale du 9 juillet 1849.

<http://www2.assemblee-nationale.fr/decouvrir-l-assemblee/histoire/grands-moments-d-eloquence/victor-hugo-9-juillet-1849>

Huyghe, P.D. - Définir l'utile, Conférence Institut français de la mode, disponible sur

<http://www.ifm-paris.com/fr/ifm/mode-luxe-design/conferences-publiques/podcasts/item/660-definir-lutile.html>

Lombard, Jean - Le serment d'Hippocrate et les sources philosophiques de l'éthique médicale - Conférence aux amis de l'Université - 2010, écrit le 07/02/2012.

<http://amis-univ-reunion.fr/le-serment-dhippocrate-et-les-sources-philosophiques-de-lethique-medicale>

Médecins sans frontières, « Discours d'acceptation du Prix Nobel », 1999.

[http://www.msf.ca/fr/au-sujet-de-msf/prix-nobel-de-la-paix/discours-d-acceptation/?type=98&tx_ttnews\[tt_news](http://www.msf.ca/fr/au-sujet-de-msf/prix-nobel-de-la-paix/discours-d-acceptation/?type=98&tx_ttnews[tt_news)

ANNEXES

Annexe 1 : Message échangé avec l'Académie Française en date du 04/04/2017

De : Service du Dictionnaire (Académie française) <dictionnaire@academie-francaise.fr>

À : 'santin aline'

Sujet : D.1420 Urgentologue

Date : 04/04/2017 16:10:41 CEST

Madame,

Urgentologue est apparu au Québec en 1978 et *urgentiste* en France en 1986.

Nous achevons actuellement la 9^e édition de notre *Dictionnaire* ; nous en sommes à la lettre S. *Urgentiste* et *urgentologue* n'ont pas encore été étudiés. Pour les autres dictionnaires, c'est à leurs éditeurs et à leurs auteurs que vous devez vous adresser pour savoir en quelle année ils ont fait figurer chacun de ces mots.

Cordialement,

Patrick Vannier

-----Message d'origine-----

De : contact@academie-francaise.fr [<mailto:contact@academie-francaise.fr>] De la part de santin aline

Envoyé : jeudi 30 mars 2017 12:01

À : dictionnaire@academie-francaise.fr

Objet : Service du Dictionnaire

Objet: Questions de langue

Message:

Bonjour,

Chercheur en éthique médicale, je voudrais savoir quand les mots *urgentiste/urgentologue* sont apparus dans le dictionnaire ?

Comment puis-je obtenir cette information s'il vous plait ?

Très cordialement

Aline SANTIN

Annexe 2 : Lettre du Pr E. Roupie au Président Directeur Général d'Air France le 09/01/2004 parue dans la revue Briefing février – mars 2004

Créteil, le 09 janvier 2004

Monsieur le Président,

Le soir du 31 décembre 2003, est arrivé dans mon service d'urgences un jeune patient qui venait d'être mordu par un crotale extrêmement dangereux.

Il s'agissant, en fait, d'un serpent rarissime dont la piqûre provoque en moins de six heures une paralysie totale et irréversible de l'ensemble des muscles, entraînant le décès systématique des patients. La seule solution existante pour sauver la vie des patients mordus par ce serpent, consiste à leur injecter un sérum. Malheureusement, et compte tenu de la rareté de ce type d'animal venimeux en France, il n'existe qu'un seul laboratoire possédant 12 flacons de ce sérum. Ce laboratoire est à Valence.

L'ensemble de ces éléments vous expliquera, sans aucun doute, l'importance et la beauté d'une chaîne de solidarité dans laquelle se sont inscrits un certain nombre de personnels d'Air France.

En effet, compte tenu de l'éloignement de ce laboratoire par rapport à mon service d'urgences, la seule solution a été pour le Docteur Aline Santin, mon adjointe, de contacter l'une de ses amies, Melle Marie Cécile Flotte, Assistante Qualité à Air France. Celle-ci a immédiatement pris contact avec M. Jean-Paul Torregrossa, Chef de quart Opérationnel au Centre de Contrôle des Opérations. Immédiatement prévenu, le Commandant de bord du vol AF 7649/31 déc, M. Thierry Orset, a mis à disposition son équipage pour que soit récupérée l'antidote sur l'aéroport de Lyon. M. Damien Lechevrel, Chef d'escale de Permanence à Lyon, a également participé à la possibilité de récupérer le sérum en organisant son transport à Lyon.

Le Docteur Aline Santin à l'aide d'un véhicule léger du SAMU, escorté par des motards, l'a immédiatement reçu dès que l'avion est revenu sur l'aéroport de Paris.

Alors même que le patient commençait à présenter quelques signes de paralysies, il a finalement reçu l'antidote dans un délai raisonnable puisqu'il est ressorti il y a 3 jours de réanimation et est retourné à son domicile.

Je crois qu'il était de mon devoir de vous exposer cette jolie aventure qui d'une amitié, encadrée par une chaîne de solidarité très professionnelle, a permis de sauver la vie d'un jeune patient de 24 ans, dans un contexte extrêmement rarissime.

Je vous prie de bien vouloir transmettre l'expression de notre profonde gratitude à tout le personnel d'Air France ayant contribué à cette réussite, et de recevoir l'expression de mes sentiments distingués.

Professeur Eric Roupie

Chef de service à l'hôpital Henri Mondor

Annexe 3 : Serment d'Hippocrate, Conseil de l'ordre national des médecins, Belgique – Traduction Jacques Jouanna

Je jure par Apollon médecin, par Asclépios, par Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, les prenant à témoin, de remplir, selon ma capacité et mon jugement, ce serment et ce contrat; de considérer d'abord mon maître en cet art à l'égal de mes propres parents; de mettre à sa disposition des subsides et, s'il est dans le besoin, de lui transmettre une part de mes biens; de considérer sa descendance à l'égal de mes frères, et de leur enseigner cet art, s'ils désirent l'apprendre, sans salaire ni contrat; de transmettre, les préceptes, des leçons orales et le reste de l'enseignement à mes fils, à ceux de mon maître, et aux disciples liés par un contrat et un serment, suivant la loi médicale, mais à nul autre.

J'utiliserai le régime pour l'utilité des malades, suivant mon pouvoir et mon jugement ; mais si c'est pour leur perte ou pour une injustice à leur égard, je jure d'y faire obstacle. Je ne remettrai à personne une drogue mortelle si on me la demande, ni ne prendrai l'initiative d'une telle suggestion. De même, je ne remettrai pas non plus à une femme un pessaire abortif. C'est dans la pureté et la piété que je passerai ma vie et exercerai mon art. Je n'inciserai pas non plus les malades atteints de lithiase, mais je laisserai cela aux hommes spécialistes de cette intervention. Dans toutes les maisons où je dois entrer, je pénétrerai pour l'utilité des malades, me tenant à l'écart de toute injustice volontaire, de tout acte corrompé en général, et en particulier des relations amoureuses avec les femmes ou les hommes, libres ou esclaves. Tout ce que je verrai ou entendrai au cours du traitement, ou même en dehors du traitement, concernant la vie des gens, si cela ne doit jamais être répété au-dehors, je le tairai, considérant que de telles choses sont secrètes.

Eh bien donc, si j'exécute ce serment et ne l'enfreins pas, qu'il me soit donné de jouir de ma vie et de mon art, honoré de tous les hommes pour l'éternité. En revanche, si je le viole et que je me parjure, que ce soit le contraire.

Traduction

J. Jouanna, Hippocrate, Paris, Librairie Arthème Fayard, 1992, annexe I.

<https://www.ordomedic.be/fr/l-ordre/serment-%28belgique%29/serment-hippocrates/>

Annexe 4 : Traduction du serment d'Hippocrate selon Jeanne Ducatillon, issue de l'article *Le Serment d'Hippocrate, problèmes et interprétations*, Bulletin de l'Association Guillaume Budé, numéro 1, Mars 2001, p.34-59.

« Je jure par Apollon médecin, par Asclépios, par Hygie et Panacée, par tous les dieux et par toutes les déesses et je les prends à témoin, que j'exécuterai complètement selon mes forces et selon mon jugement ce serment et cet engagement écrit :

« Je considérerai celui qui m'a enseigné l'art médical comme mon père. Je ferai vie commune avec lui, et si il est dans la nécessité je lui ferai part du nécessaire. Les enfants nés de lui, je les considérerai comme des frères en ligne masculine et je leur enseignerai cet art, s'ils désirent l'apprendre, sans exiger d'eux salaire ni engagement écrit. Je communiquerai les préceptes, l'enseignement oral et tout le reste de l'instruction à mes fils, aux fils de mon maître ainsi qu'aux disciples liés par engagement écrit et par serment suivant la loi médicale, mais à aucun autre. J'utiliserai le régime pour le bien des malades selon mes forces et selon mon jugement ; mais si c'est pour leur perte ou pour une injustice à leur égard, je jure d'y faire obstacle.

« Je ne remettrai à personne de drogue qui puisse causer la mort, même si on m'en demande, et je ne suggérerai pas un tel conseil. Semblablement, je ne remettrai pas de pessaire abortif à une femme. Dans la pureté et dans la sainteté, je garderai ma vie et mon art.

« Je ne pratiquerai certes pas la taille sur les hommes souffrant de la pierre ; je laisserai cette opération aux spécialistes.

« Dans quelque maison que j'entre, j'y pénétrerai pour le bien des malades, me tenant à l'écart de toute injustice volontaire, de tout acte corrompateur, en particulier d'entreprises amoureuses visant la personne de femmes et aussi d'hommes, libres comme esclaves.

« Tout ce que je verrai ou entendrai au cours du traitement ou même en dehors du traitement, en ce qui concerne la vie de gens, ce qui ne doit jamais être répandu en dehors je le tairai, considérant que ces choses-là doivent rester secrètes.

« Eh bien donc, si j'exécute ce serment complètement et sans l'enfreindre, puissé-je jouir de ma vie et de mon art, honoré de tous les hommes et à jamais. Si je le viole et que je me parjure, que j'aie le sort contraire ! ».

Annexe 5 : Synthèses de chaque partie

La médecine d'urgence, l'éthique murmurée

La médecine d'urgence est historiquement née d'une volonté solidaire de porter assistance à autrui, de secourir le blessé où qu'il soit, et ce, jusqu'au champ de bataille. Valeur fondatrice, la solidarité révèle et supporte à la fois la finalité de cet élan à aider l'autre, à savoir la protection du vivant. Cette détermination est d'ailleurs soulignée par le fait que la charge financière des secours a, depuis leur origine, été assumée par l'état.

Si le développement de la médecine d'urgence s'est structuré au fil du temps, l'accidentologie des années 1970 a impulsé une marche supplémentaire à son essor, soutenu par une volonté politique affichée encore pérenne à ce jour. L'impératif était la nécessité de sauver, situation où la médecine de l'urgence prenait alors tout son sens. De façon parallèle, le déploiement de cette discipline a associé son implantation sanitaire et son développement universitaire. Afin d'assurer l'apprentissage du savoir spécifique de l'urgence, l'enseignement facultaire des réflexes de premier secours est devenu obligatoire à partir de 1992. Cette insertion prouve, si besoin est, que chaque praticien, indépendamment de son type d'exercice, peut être confronté et amené à prendre en charge une situation d'urgence. Si la formation relevait initialement d'un enseignement de type capacitaire (Capacité de Médecine d'Urgence), l'étape ultérieure était de donner une validité indiscutable à la médecine d'urgence par la création en 2004 du Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires, devenu Diplôme d'Etudes Spécialisées depuis 2015. Conjointement, le déploiement territorial a eu pour objectif premier de raccourcir le délai de prise en charge de toute personne nécessitant des soins urgents (le délai optimal fixé étant inférieur à trente minutes)¹⁰⁷⁰. Ce délai supposait une répartition réfléchie des structures et des moyens de secours, répartition effectuée sous l'égide des Agences Régionales d'Hospitalisation.

A l'intersection, en lisière de la ville et de l'hôpital, les structures d'urgences se sont vues attribuer, parfois par défaut, des missions protéiformes, larges allant de la prise en charge immédiate à des situations complexes. Caractérisée comme la médecine de l'aigu qui ne saurait souffrir quelque retard, la priorité est d'avoir la capacité et la

¹⁰⁷⁰ Instruction N° DGOS/R2/2016/351 du 24 novembre 2016 à relative à l'actualisation du diagnostic des populations situées à plus de trente minutes d'un accès aux soins urgents.

compétence pour gérer le péril imminent, qu'il soit vital, fonctionnel ou psychiatrique. Toutefois, les évolutions sociétale et sanitaire ont conduit les services d'urgence à accueillir nombre de situations, dont certains paramètres semblent/sont étrangers à l'immédiateté caractéristique de cette discipline, dont les situations à caractère social. Malgré cette inadéquation, les professionnels de l'urgence s'astreignent, dans la mesure des possibilités, à prendre en charge toute personne venue chercher une aide, un secours, bien qu'il ne soit pas de leur ressort premier.

Ouverts en permanence, accueillant toute personne s'y présentant indépendamment du motif de venue, les services d'urgence sont devenus un maillon irremplaçable de la chaîne de soins. Aussi, l'affluence est-elle croissante, sans perspective de pouvoir, à terme, stabiliser, et encore moins enrayer, cette augmentation de la fréquentation. Pour faire face, les professionnels y déploient des compétences à ce jour reconnues par les tutelles, mais font également preuve d'adaptabilité, faute de solution alternative, face aux modifications sanitaires (disparition de la permanence des soins en médecine de ville peu ou prou selon les territoires, diminution des moyens d'hospitalisation pour ne citer que ces deux éléments).

Sorte de variable d'ajustement du système de soins, ces services ne sont pourtant pas épargnés par la nécessité de devoir rendre des comptes aux instances administratives, lesquelles sont à leur tour redevables de comptes auprès des tutelles. Forme de paradoxe que de devoir accueillir toute personne, solvable ou non au titre de la solidarité, mais d'avoir conjointement le souci voire l'objectif de la rentabilité de l'outil. Ainsi, les tensions sont-elles patentes, le devoir de responsabilité ayant pour véritable tutelle comptable la conscience d'autrui.

Des ruptures à la rencontre, l'éthique malmenée

La nécessité de recevoir des soins, sans retard, en urgence, provoque de fait une césure. Chaque élément contextuel est marqué par une singularité patente, voire évidente. L'irruption d'un évènement, synonyme d'anomalie corporelle et/ou psychique, la diligence à aller chercher des soins, la confrontation avec le contexte de l'urgence sont autant de paramètres sortant de l'ordinaire, plongeant la personne dans une dimension d'exceptionnel.

Pour la personne, malade, ce mode de recours aux soins engendre nombre de conséquences en rupture avec l'antériorité, telle une cascade, dont il semble illusoire de se démettre. Rupture temporelle incontournable, antérieure à la venue, par l'irruption de symptômes, faisant craindre une maladie, plus ou moins appréhendée, de gravité réelle, potentielle ou supposée. Secondairement, cette rupture brutale du temps personnel s'inscrit dans une nouvelle temporalité, spécifique du soin en urgence. Car la temporalité d'un service d'urgences est caractérisée par son arythmie, ses saccades, ses séquences en rupture avec celle d'une consultation classique. Rupture spatiale par l'immersion filtrée/régulée dans un lieu de soins, le plus souvent de dimensions impressionnantes, bruyant où la confidentialité semble occultée. Rupture sociale par l'attribution d'une tenue uniforme, stigmate de l'anonymisation de la personne, malade. Rupture visuelle où se joue une chorégraphie scandée par un mouvement omniprésent, semblant dispersé, des personnels, des brancards, des chariots de soins. Changement de salle, de façon hâtive, pour faire entrer quelqu'un d'autre... Rupture des conventions sociales et des usages de la relation médicale, révélée notamment par la succession d'interlocuteurs : un inconnu (total ou partiel lorsque ce dernier aura eu la précaution de se nommer) posant des questions dont l'ordre apparaît parfois sibyllin, un premier examen suivi parfois de la venue d'un second étranger, supérieur hiérarchique du premier. Chaque interlocuteur s'appliquera à reprendre les éléments tangibles lors de l'entretien, à examiner, palper, toucher avec pour ligne directrice sous-jacente la recherche d'efficacité. Mais, la personne, malade, allongée sur un brancard, pourra avoir pour impression de dire, redire, répéter *ad integrum* sans percevoir cette quête d'efficacité, et sans même parfois avoir son mot à dire. Ces répétitions participent à la diffraction temporelle éprouvée par la personne, malade. Ces ruptures multiples et successives pourront induire le sentiment de subir, dans un enchaînement déstabilisant et imposé. Car l'organisation, difficilement lisible mais manifestement codée (acronymes ou abréviations sont utilisées entre soignants), ne délivre que des

explications pour le moins sommaires, laissant la personne dans une position d'étranger et d'étrangeté. Dès lors, l'insertion en pareil lieu revêt des aspects initiatiques, sortes de rites, tel un passage obligé, plus ou moins volontaire, selon les circonstances. Alors que la personne, malade, séparée de tout accompagnant, attend que *l'on* s'occupe d'elle, elle n'est de fait pas attendue et l'accueil semble lui signifier, sauf *urgence vraie*, qu'elle va attendre. Ainsi ses attentes de soins sont-elles soumises à une analyse différente de la sienne, source d'incompréhension voire d'angoisse.

En regard de ces ruptures vécues par la personne, malade, le soignant vit également des fragmentations ; la différence majeure étant que le soignant, s'il en subit certains aspects, a volontairement choisi ce mode et ce lieu d'exercice. Néanmoins, la temporalité soignante s'avère également particulière, faite de césures de dimension simultanément individuelle - à chaque, et pour chaque personne, malade -, et collective - représentée par le flux - . Ce rythme temporel, sorte de contrepoint à celui de la personne, malade, est vécu sous l'emprise d'un processus d'inquiétude continu, pouvant être envahissant mais néanmoins indispensable. Car cette inquiétude, vectrice des soins, constitue le moteur et la matrice de la rencontre, face-à-face imposé de part et d'autre. Entremêlée avec les soins, l'inquiétude du soignant ne saurait être cependant déliée de la double responsabilité de l'autre - responsabilité professionnelle et ontologique - accentuée par la temporalité même de l'urgence. L'inquiétude et la responsabilité, véritable tandem, sont continues et indissociables, *a contrario* de la relation, construite de façon morcelée, dont la permanence est d'être segmentée. Rupture fréquente de rythme, presque lors de chaque nouvelle prise en charge, oscillant entre une brièveté proche de la fuite, ou au contraire, une a-temporalité lorsqu'aucune solution ne se dessine, laissant personne, malade, et soignant(s) suspendus. Rupture plus insidieuse, et plus intérieure à la fois, lorsque l'entrevue, empesée d'une gravité marquante - explicite ou plus sourde -, laisse une trace mémorielle rémanente. Rupture parfois avec les interlocuteurs de soins, pourtant partenaires, lors d'une dissension décisionnelle dont l'urgentiste devra assumer les conséquences, malgré son désaccord mais lui signifiant une forme de désaveu. En dépit des à-coups, des soubresauts des conditions de l'exercice, le soignant n'a d'autre issue que de poursuivre indéfectiblement la mission de soins.

Cette rencontre, en urgence, est d'autant plus marquante qu'elle se joue et se tisse par alternances, entre présence et absence du (des) soignant(s). Les circonstances de

l'urgence, et la brièveté des temps de contact, obligent à une mise à nu au sens littéral (accès étant donné au corps) et figuré (la personne, malade, livrant parfois un vécu synonyme d'intime) de façon très rapide. Scénario paradoxalement à la fois diffracté, du fait des pauses multiples, synonymes de césures, et direct, les confrontations et les annonces ne souffrant ni retard, ni échappatoire. Face à cette fragmentation temporelle, le risque majeur est de perdre de vue l'autre, la personne, et de ne (vouloir) voir que la casuistique dénuée d'humanité. Se retrancher derrière la seule technicité serait fuir la rencontre, celle qui permet d'entrevoir le *Tu* et de s'extraire du *Cela*. Ajourner l'accession au *Tu* et se cantonner au *Cela* signifierait bien sûr l'échec relationnel absolu, mais aussi le non-sens professionnel. Or, l'exigence relationnelle s'inscrit comme un impératif éthique à cette mise en présence, véritable interaction réflexive et, en ce sens, de nature dialectique. Cette dimension dialectique extrait le soignant de la seule posture professionnelle, le *Cela*, et l'autorise en tant que personne, à s'inscrire lui-même dans le *Tu*, pour devenir *Je*.

Cette *dialectique soignante* n'est pas monolithique, et présente une direction triple : entre les interlocuteurs de façon bilatérale, au sein de l'intériorité de chaque interlocuteur, entre chaque interlocuteur et le(s) temps. Car la diffraction du temps renforce la dimension dialectique du face-à-face. Pourtant, pour parvenir à la perception de cette dialectique, la conscience éthique doit avoir fait jour et pris l'ascendant sur le simple exercice professionnel. Sans en être dissociée, mais afin de lui réserver une place privilégiée, la rencontre endosse la considération éthique de la *dialectique soignante*.

Les obstacles à la conscience éthique dans l'urgence, l'éthique empêchée

Les services d'urgence ne peuvent être comparés à nul autre service hospitalier. Ouverts à toute heure - jours et nuits entremêlés - seules les relèves d'équipe impriment au temps une rythmique immuable. Le flux ne saurait être prévisible, les pathologies par avance déterminées, les identités connues. Si la règle d'unité (temps, lieu, action) semble régir le quotidien, elle n'est qu'un cadre, sorte d'artifice de l'exercice, lequel peut s'avérer mouvant, bousculé au gré des événements. Toutefois, les paramètres (temps, lieu, action) s'avèrent indéfectiblement liés.

La temporalité sert de toile de fond à la narration de chaque personne, malade ; chaque rencontre venant construire (presque patiemment) la partition de l'expérience de l'urgentiste. Ainsi, le temps - présent, passé ou futur - est-il un véritable support multivalent : compté, raconté et décompté. Le temps reste en fait, de part et d'autre, tant pour les personnes, malades, que les soignants, une constante éminemment variable. Temps ultra-présent, quand l'urgence surgit convoquant l'immédiateté de l'action accompagnée ou non de la geste précise. L'urgence de la technique vient alors happer le temps, le consommer, l'effacer mais également donner la sensation grisante à l'urgentiste d'être concrètement utile, sous réserve que l'action ne soit pas sanctionnée par l'échec. En regard, le lieu est à dessein conçu de façon spécifique, pour être congruent à l'action, et ainsi l'accompagner. Temps raconté semblant s'arrêter, se décliner presque au passé lorsque, plus lent, l'agir peut attendre, donnant l'impression illusoire de laisser du temps au temps. Car la perception temporelle est étroitement liée à l'action dont la vitesse usurpe celle du temps. Finalement, la règle de l'unité ne serait-elle pas (n'est-elle pas) à entendre comme l'interdépendance de ces trois paramètres, temps/lieu/action, les uns par rapport aux autres ? Le temps porte l'action, laquelle donne son nom aux lieux (le tri, le déchoc...) rappelant l'acte d'agir dont l'empreinte, la marque sont patentes sur cette médecine. Ainsi, cette règle de l'unité correspond-t-elle à la fois à la condition et à la mesure, au mouvement de la *marche en avant*.

Cette *marche en avant*, aux échos et allures (parfois) militaires, permet une progression continue dont la cadence est imposée par le flux et par l'urgence, les urgences elle(s)-même(s) (autrement dit la gravité des situations). Flux et urgence(s) impulsent un effet cinétique venant s'ajouter à l'effet mécanique de la *marche en avant*.

Ainsi, cette dynamique (issue de la mécanique de la *marche en avant* doublée de la cinétique du flux et des urgences) entre-t-elle en compétition et parfois en collision avec l'unité : le temps est démultiplié, toujours, le lieu subdivisé, souvent, l'action découpée, conséquemment.

Pourtant, la finalité de pareille organisation n'est pas à remettre en cause : ne pas dévier, ni passer à côté de la principale mission de soins, c'est-à-dire le repérage des personnes en situation d'*urgence vraie*. La mission secondaire n'est nullement accessoire : pouvoir être apte à prendre en charge l'ensemble des personnes ayant besoin de soins moins urgents et leur apporter une réponse adaptée. Cependant, la configuration tant organisationnelle que structurelle agit inexorablement, là encore presque de façon mécanique, donnant à ces missions de soins une image désincarnée, impactant l'humain à titre individuel et l'humanité de chacun (personnes, malades comme soignants). Alors que le but ultime est de porter secours à l'autre, et donc de lui apporter attention et soins, nombre d'éléments révèlent, et même, trahissent l'emprise (presque sournoise) et l'impact du fonctionnement de l'outil et de son inertie.

Premier temps militaire du mouvement de la *marche en avant*, l'exercice de triage s'avère indispensable pour faire face au flux, au présent. Toutefois, certains usent du tri de façon anticipatoire comme pour conjurer le manque de moyens et avoir *un coup d'avance* sur ce qui risque d'advenir, quitte à exclure sur l'instant des personnes, malades, relevant pourtant des soins. Indépendamment de sa situation, personne, malade ou soignant, l'identité de chacun, est bousculée, reléguée, voire oubliée. La personne, malade, incluse dans le flot de personnes en attente de soins, devient graduellement, au fil de la prise en charge, dossier puis cas, avant de se résumer, plus ou moins volontairement, à un diagnostic à traiter, orienter. De son côté, comme tout soignant, l'urgentiste est dévolu, et donc assigné à une équipe, un poste sur son temps de présence, indépendamment de sa personne. Le singulier intègre le pluriel, l'aspect professionnel prend le pas sur l'humain, et semble quelque peu tenir à distance l'humanité de chacun.

Alors que les soins cherchent à protéger la personne, la mécanique, organisationnelle et structurelle, (sur)expose cette dernière en générant de nouvelles vulnérabilités, de fait supplémentaires. L'interprétation, l'analyse de la situation est

biaisée, déviée, décentrée de la personne, malade, tout en s'appuyant sur ses caractéristiques, tandis que les contingences entrent en collision avec la dimension humaine. Aussi, toute contingence intrinsèque ou extrinsèque à la personne, malade, est susceptible d'interférer avec l'analyse médicale et de devenir une nouvelle source de vulnérabilité. L'autonomie pourra être scrutée, projetée, interprétée et desservir la personne, malade, telle une fin de non-recevoir. Et l'aspect mécanique poursuit son effet...y compris à travers le langage, expression directe de la pensée. Les mots, les expressions ont tendance à éluder la personne, à la désincarner, à l'externaliser la substituant à une composante de ce qui se joue alors même qu'elle en est l'épicentre. Mais ces mots ne font que traduire l'inéluctable *marche* ayant tendance à substituer l'efficacité au particulier.

Dès lors, la responsabilité de l'urgentiste atteint son paroxysme tant il faut veiller non seulement à poursuivre les soins, mais aussi à protéger la personne, malade, de l'émergence de tout élément, y compris structurel, organisationnel pouvant la mettre involontairement en difficulté, voire en péril. Responsabilité de chacun et de tous, la dimension personnelle étant indubitablement exacerbée par le nombre.

Face à ces mécanismes délétères pour chacun, la dimension de l'utile, composante essentielle des soins, ne doit pas subir le même sort, mais bien perdurer tel un fil d'Ariane.

Tracer un sillon : l'utile ou l'éthique dévoilée

Poursuivre inlassablement les soins, comme une urgence en soi, sans se disperser, se détourner de l'objectif, relève souvent de la gageure, tant le poids des contraintes sur la prise en charge, l'orientation des malades est perceptible, palpable. Certaines contraintes sont telles que le déroulement optimal des soins peut s'avérer enrayé, entravé, voire même interrompu par l'incongruence entre flux, besoins et moyens, variables permanentes du fonctionnement d'un service d'urgence. Si cette inadéquation *flux/besoins/moyens* ne relève pas directement de la responsabilité des soignants, elle les implique de façon prégnante, les bouscule puis les interroge. En effet, l'acuité entre ces variables est telle qu'il existe une course effrénée aux moyens, ayant pour impact délétère de réduire conséquemment les réponses aux besoins. Certains soins ne seront pas prodigués de façon maximale, mais définis, dimensionnés selon les moyens disponibles. Cette pratique représente l'inversion de la logique des soins, et témoigne de la perversion du système de santé. Comment assister, impassible, à une dérive, une décroissance des soins et ne la légitimer que par l'acceptation silencieuse d'éléments périphériques, tels le manque de moyens, le poids des contraintes ? Accepter, ne dire mot et en quelque sorte ne rien faire, serait démissionner, posture antinomique de l'engagement et, *in fine*, de la responsabilité professionnelle et humaine. Ces interrogations fréquentes, plus ou moins présentes, (op)pressantes, viennent perturber, solliciter, voire même pour certains soignants, interpellier leur (incontournable) conscience. Comment faire taire dès lors cette même conscience, seule juge ultime de nos faits et gestes, mais plus encore de nos non faits et non gestes ? Questionnement, souvent profond, heurtant conjointement l'aspect soignant et l'aspect éthique de la conscience dans une dynamique pouvant devenir infernale à gérer.

Alors surgit, pour certains soignants, le temps du refus, synonyme de révolte. Ce refus est un acte explicite d'opposition aux écueils du système de santé, écueils dont le soignant, bien que non responsable, devient partie prenante involontaire, à son esprit défendant. Ce *non* est également la preuve tangible, l'expression patente de l'exercice de la propre liberté du soignant mise au profit de la personne, malade, ignorante peu ou prou de l'enjeu. Issu du refus puis de la révolte, ce déplacement consiste à s'écarter des contraintes, à se (re)placer face aux missions soignantes, pour (re)chercher la concorde tant extérieure qu'intérieure. Ce *non* permet de s'ajuster, de s'affirmer en tant que soignant et de (re)trouver cohérence et cohésion entre l'engagement et l'agir, entre

les valeurs théoriques et fondatrices du soin (dont la bienveillance, la solidarité pour ne citer que celles-ci) et leur application concrète, leur pratique *in vivo*. Ainsi, cette opposition du soignant comporte-t-elle, *de facto*, une double valence éminemment positive : le refus de (se) perdre, la volonté de (re)donner direction et sens aux soins, en dépit de toute contingence. Le sujet de pareille prise de position est là encore double : la personne, malade, dont le soignant devient le *substitut*, et soi-même, en accord avec sa mission professionnelle, mais également sa propre conscience, ses convictions. *In fine*, cet acte de refus est bel et bien la traduction d'un *oui*, la détermination absolue à (re)trouver le chemin de *l'utile* au sein de cette activité s'apparentant à une virevolte enivrante.

L'utile, qu'il soit *objet* ou *sujet*, correspond à ce qui est opportun, adapté à la personne, malade, ce qui, en contexte de soins et plus encore d'urgence, ne saurait être écarté mais devrait *a contrario* être prioritaire, absolu. *L'utile* procède de deux catégories : l'appris et le découvert. D'origine extrinsèque au soignant, *l'utile-appris* provient de l'enseignement formel et appartient à l'indispensable, sans lequel exercer serait impossible. Intrinsèque à chaque soignant, *l'utile-découvert* procède de l'expérience vécue, accumulée, assimilée et relève du nécessaire quant à la pratique. Au fil du temps, *l'utile-appris* et *l'utile-découvert* se lient l'un à l'autre devenant progressivement, de fait, interdépendants et indissociables dans un tissage relevant de la *technè*. Ainsi, l'urgentiste finit-il par (se) construire, (se) façonner un *impératif utile*, au sens kantien, à savoir une dynamique immuable, au service de la personne, malade, mais aussi de lui-même. Véritable principe pratique, cet *impératif utile*, principe objectif issu de la *phronesis* et donc de l'attitude même de l'urgentiste, tend à donner une orientation, une direction aux soins. Sorte de valeur quasi-ontologique, *l'impératif utile* ne saurait être anarchique au risque d'être délétère, mais répond à des conditions (pouvant être assimilées à des règles), là encore interdépendantes : l'inquiétude, la liberté, la prudence, le respect, tel un enchaînement inéluctable. L'inquiétude, état d'acuité permanente, génère et régit concomitamment le mouvement vers autrui, cette capacité à se soucier de l'autre, à s'en enquérir. Cette inquiétude constitue l'impulsion, mais aussi la cinétique de la liberté. Les décisions et les choix sont guidés par l'inquiétude et déterminés par la liberté. Ainsi les contingences sont-elles amoindries. En contexte de soins, qui plus est dans l'urgence, la liberté ne saurait être exercée sans prudence ni respect, tandem indubitablement fondateur de *l'utile*. Ces conditions indissociables permettent la recherche mais aussi l'expression de *l'utile*, et acquièrent,

du fait de leur objectif, l'altérité, leur dimension valeureuse au service de la *dialectique soignante*.

Aussi, la dimension dialectique est-elle renforcée par la recherche de l'*utile* telle une polarité permanente, au service de la personne, malade.

De la promesse de (se) rencontrer, l'éthique consacrée

L'acte de promesse, véritable pari en soi, n'est paradoxalement pas étranger aux soins. A la fois substrat et support du serment d'Hippocrate, la promesse sous-tend l'acte de soins. En effet, la pratique de la médecine en urgence recherche au minimum la stabilisation, au mieux la voie de la guérison de la maladie ; la frontière entre les deux pouvant être poreuse. Cette quête de réussite est simultanément promesse à réaliser, à concrétiser par le praticien, et promise car assumée et revendiquée par la médecine. Pourtant, malgré la gageure de pareille promesse - la capacité de guérir -, l'urgentiste, sans doute dans un acte *fou*, mais pourtant rationnel, s'astreint, par une promesse supplémentaire vis-à-vis de l'autre, celle de la rencontre, de (se) rencontrer. Cette promesse de la rencontre est presque un acte hyperbolique quasi intenable, et c'est pour et en cela qu'il mérite d'être tenté et, le cas échéant, renouvelé. Par ce promettre, la responsabilité éthique devient non seulement incontournable, mais également intégrée et postulée vis-à-vis de la personne, de la personne, malade, du malade. Car une fois passé le cap de la maîtrise professionnelle, la « chose promise » n'est-elle pas la rencontre avec l'altérité ? Dès lors, se promettre (à) cette rencontre nécessite de s'y consacrer, et induit son accession, sa potentielle existence.

Cet acte de promettre (celui de la rencontre) implique le soignant, d'abord en tant que personne, sollicitant son propre engagement et, par là même, son dépassement tant le défi est de taille. En effet, envisager la rencontre comme devant être, oblige à se dégager, ne serait-ce que partiellement, du contexte des soins techniques, à ne pas substituer la personne au seul malade, à ne pas occulter la personne derrière le seul malade. En regard, charge au praticien de ne pas se retrancher derrière la fonction, voire la posture professionnelle, mais bien de se présenter, d'abord, en tant que personne. Véritable parcours, la promesse oblige tant vis-à-vis de l'autre que vis-à-vis de soi-même. Car si la personne, malade, ignore tout de la promesse de la rencontre, manquer à sa parole équivaldrait de la part de l'urgentiste à la démission éthique quant à l'altérité vraie, quintessence du soin. Véritable trait d'union entre deux personnes - l'une en demande de soins, l'autre à même de les donner-, mais aussi entre le soi identitaire et le soi professionnel, la promesse de la rencontre est un devoir et, en cela, un rempart contre la négligence, la banalisation, le dévoiement de la mise en présence ; les circonstances liées à l'urgence pouvant *concrètement, justement*, exacerber l'importance du contact. La promesse de (se) rencontre(r) s'apparente *de facto* à un parcours reléguant la casuistique pour ce qu'elle est, permettant à l'*utile* d'être. Ainsi,

la circularité est-elle patente entre la rencontre et l'utile - principalement l'*utile-sujet* et l'*utile découvert* - au moyen de la promesse. Objet de la promesse, la rencontre fait le lit de l'*utile*, le praticien étant acteur (partiel) de l'*utile-sujet*, lequel renforce la rencontre et conséquemment le praticien lui-même.

Coexistent et cohabitent ainsi deux promesses : celle, générale, extérieure, de la médecine, et celle singulière, intérieure, de la rencontre. La promesse de la médecine, acquise par les connaissances et l'apprentissage, relève de l'obligation professionnelle, encadrée par la déontologie. Par juxtaposition, la promesse de la rencontre, témoin de l'autonomie du praticien, est issue d'une forme d'impératif éthique, au sens kantien, véritable mission dirigé vers autrui. Ces deux promesses, promesse de la médecine et promesse de la rencontre, sont endossées par la même personne mais dans deux aspects différents. La promesse soignante est principalement assumée par le soi professionnel, la promesse de (se) rencontre(r) est relevée et révélée par le soi identitaire. En aucune manière le soi professionnel et le soi identitaire ne sauraient être déliés l'un de l'autre quant à la réalisation de ces deux promesses. La maîtrise du soignant, doublée de son habileté expérientielle liée à l'*utile-découvert*, consiste à faire cohabiter conjointement les deux promesses sans jamais substituer l'une à l'autre, occulter l'une par rapport à l'autre, dénier l'une vis-à-vis de l'autre. Car les promesses ne sont pas duales mais dialectiques, au service l'une de l'autre, complémentaires, animées par un mouvement permanent de la rencontre aux soins, et inversement. Abrisées par la même personne, ces deux promesses sont dédiées à une autre personne, unique, et pourtant à envisager dans deux aspects. Au malade est destinée la promesse de la médecine, à la personne, celle de la rencontre.

Ce devoir, la promesse de (se) rencontre(r), est d'autant plus prégnant qu'il nécessite de juguler l'urgence en tant que temporalité, et impose d'être présent au présent, de ne pas manquer au temps, ce qui constitue un véritable contretemps à la rapidité intrinsèque à l'urgence. Conséquemment, en cas d'urgence vraie, le fait d'être au temps permet de prioriser les soins, sans pourtant ni occulter ni anéantir la promesse de la rencontre. La temporalité de la promesse de la rencontre est à la fois finie, valable pour chaque rencontre, et infinie car permanente, inextinguible tout au long de l'exercice pratique. Car si la promesse n'est pas réalisée, tenue, elle prévaut à chaque rencontre. Ainsi, selon sa nature, la promesse a-t-elle trois temporalités. Sur le long terme, règne la promesse de la médecine, perpétuelle, générale relevant du soi

professionnel. Sur l'immédiateté, s'inscrit la promesse de la rencontre, singulière, celle de l'individu, mêlant le soi identitaire au soi professionnel. Et sur le moyen terme, celui de l'exercice du praticien, se révèle la promesse générique de la rencontre, relevant du soi identitaire et plaçant l'urgentiste vis-à-vis de soi-même, au travers des rencontres à venir et à réussir.

Porté de promesse en promesse, l'urgentiste peut s'écarter, et finalement se défaire, des contingences périphériques aux soins, sans jamais omettre que « [...] *l'homme passe infiniment l'homme* [...] »¹⁰⁷¹, fondement de la promesse, celle de la (prochaine) rencontre.

¹⁰⁷¹ B. Pascal, *Pensées, Contrariétés, Fragment 14*.

Titre : De l'urgence ou le mouvement de la rencontre

Mots clés : urgences, relation, éthique

La médecine d'urgence, discipline de structuration récente, a un rôle majeur dans le maillage sanitaire français. Par ses missions primordiales, ni son rôle, ni sa place ne sauraient être aujourd'hui remis en cause. Toutefois, nombre de contingences interfèrent avec la pratique, modifiant voire perturbant l'exercice. Aussi les compétences des soignants doivent-elles être adaptées aux demandes, et adaptables, tant les conditions d'exercice s'avèrent variables.

Aller à la rencontre de la personne à soigner est à la fois indispensable et aléatoire, comme soumise au hasard, semblant parfois échapper. Le fait de rencontrer l'autre relèverait-il de l'illusion, de l'irruption fortuite, ou devrait-il s'intégrer comme une mission, voire une responsabilité à part entière de cette médecine à la temporalité brève ? Le questionnement éthique ainsi dégagé, l'expérience personnelle en tant qu'urgentiste a constitué le socle de cette recherche. Au cours de notre réflexion, des sources philosophiques, sociologiques, romanesques nous ont permis de soutenir et d'illustrer le propos. L'analyse concrète et factuelle des paramètres généraux de la médecine d'urgence intra-hospitalière s'est avérée incontournable, afin d'en percevoir l'impact potentiel sur ce que nous appelons la rencontre. Au fil de cette

étude, la perspective de la rencontre ne pouvait s'envisager que dans une autre voie : s'extraire du fatalisme inhérent aux conditions de l'exercice d'urgentiste, s'écarter du déroulé des soins.

Ce basculement éthique s'est imposé ayant pour effet de se réapproprier le soin à l'autre et ainsi de replacer la question de la véritable rencontre dans une perspective éthique. L'intersubjectivité entre le malade et le soignant, en urgence et aux urgences, oblige le soignant à se questionner sur sa propre fonction. Dans ce cadre, la dimension de l'*utile* devient un possible vecteur de la rencontre, comme support éthique à part entière. Le soignant serait-il utile du seul fait de son métier, de son action et/ou en lui-même ? Enfin, le mouvement irréfragable vers l'autre en tant que personne à soigner, impose une sorte de transcendance que concrétise la promesse. Au-delà du contrat initial qu'est la promesse des meilleurs soins, une sorte de nouvelle promesse a fait jour : se promettre avant tout d'aller à la rencontre de l'autre comme premier mouvement. Cet engagement émerge comme la condition première, même et surtout en urgence, permettant de se réaliser comme soignant et d'être au cœur de sa fonction.

Title : About emergency or the movement of the encounter

Keywords : emergency care, relation, ethics

Although a relatively new medical specialty, Emergency Medicine has become an established and indispensable discipline within the French health care system given that its role and play are no longer questionable. However, many contingencies interfere with the practice, modifying or even disturbing healthcare results and impact. Therefore, the role of the emergency medicine physician is evolving based upon expectations of the health care system and individual patients.

As it also depends on chance, the individual patient encounter in this context is mostly unpredictable and may be chaotic, and sometimes seems almost impossible to achieve. How can the physician render order out of chaos such that a high quality of care can be delivered despite chaotic work conditions? Is patient encounter a delusion, an unpredictable opportunity, or should it be anticipated as in a working plan, and even, should it be considered the full responsibility for this short-reaction-time medicine? The ethical questioning thus identified, using my experience as an emergency physician to better define the physician's role in the emergency department has constituted the mainstay of this research project. During our reflection, diverse philosophical, sociological, and fictional sources have allowed us to support and convey our point. Realistic and factual analysis of the main features of in-hospital emergency medicine

has proved to be a critical step in order to unveil the impact of this specific environment where the patient encounter takes place. Throughout the dissertation, we attempt to envision the patient's encounter from another perspective: standing aside the course of care for questioning the caregiver's attitude, which is usually fatalistic in the practice of emergency medicine. Indeed, in emergencies and the emergency room, patient and caregiver intersubjectivity mandate the caregiver to explore his/her mission.

This ethical shift facilitates a qualitative analysis of physician-patient interactions to define better the scope of the emergency physician's role and the variables that define physician resiliency. Within this framework, the dimension of utility becomes a potential carrier of the encounter, like full ethical support. Indeed, would caregiver's utility be supported by his/her mission, his/her actions or by him/herself? Lastly, the irrepressible move toward the patient requires a transcendental approach to fulfill the commitment. Then it appears that beyond the initial contract, which is the promise of the best care, a new commitment arises: first and foremost, seeking out the encounter with the patient. Even and especially in emergencies, this commitment is critical as it permits the healthcare professional to emerge at the very heart of his/her mission.

