

*« Le problème est que la médecine n'est pas organisée pour prendre en charge de manière efficace les soins non programmés »*

Parole Fabien, infirmier aux urgences

mars 2021, mise en texte avec Pierre

Ce jour là, je suis infirmier d'accueil aux urgences de l'hôpital de Saint Nazaire. Une femme se présente avec une demande d'échographie pour une douleur abdominale. « Mon médecin me dit que j'ai peut-être une appendicite. J'ai appelé quatre ou cinq cabinets de radiologie. Aucun ne peut me proposer un rendez-vous avant quinze jours. » L'hypothèse diagnostique du médecin traitant n'est pas anodine. De plus, même si elle n'est pas très douloureuse, cette femme est suffisamment gênée, et son état est susceptible de se dégrader rapidement. Elle est un peu désolée. Elle voit bien que sa situation n'a rien à voir avec celle des gens qui arrivent avec des traumatismes ou des crises aiguës. Elle a pourtant réellement besoin, maintenant, de déterminer quelle sera la suite pour elle.

Puisque le parcours de soins débuté en médecine de ville est arrivé dans une impasse, il lui a bien fallu, comme c'est le cas assez fréquemment, bifurquer vers les urgences. De la même façon, il y a quelques jours, quelqu'un se présente à l'accueil en disant : « J'ai extrêmement mal aux dents. J'ai eu des soins juste avant le week-end. J'ai appelé quinze cabinets de dentistes du secteur. Aucun ne peut me prendre : « On n'a aucune place ». « On ne prend pas les urgences ». Donc, je me présente ici ». Mais nous n'avons aucun praticien spécialiste des dents. La seule chose qu'on peut faire, c'est l'accueillir et faire en sorte que ce patient voie un médecin qui lui prescrive des médicaments contre la douleur.

Il ne s'agit pas de savoir s'il y a des vraies ou des fausses « urgences ». Nous devons apporter la meilleure réponse possible à tous ceux qui en ont besoin. Le problème est que la médecine n'est pas organisée pour prendre en charge de manière efficace les soins non programmés. En 2020, par exemple, une dizaine de médecins généralistes sont partis en retraite sur le secteur de Saint-Nazaire sans être remplacés. À partir de là, il est logique que la pression de la demande de soins qui ne correspondent pas à des urgences vitales s'intensifie. Certains patients auraient juste besoin de soins légers ou de conseils comme celui que n'importe quel infirmier aurait pu donner à ce monsieur venu aux urgences parce que, la veille, il avait été piqué par une guêpe. Mais le système de santé est ainsi fait que la prise en charge des soins non programmés qui ne relèvent pas d'une intervention lourde, immédiate et impérative, est confiée aux médecins libéraux qui, eux-mêmes débordés, ne consultent que sur rendez-vous ; ou à des Centres d'accueil et de permanence de soins (CAPS) souvent excentrés et sous-équipés ; ou à des structures associatives comme SOS médecins dont le rayon d'action est limité. La solution la plus simple reste souvent de se rendre aux urgences hospitalières pour n'importe quel problème de santé imprévu.

À l'inverse, les urgences sont surtout engorgées par les personnes que les médecins du service estiment devoir hospitaliser et pour lesquelles il est extrêmement compliqué d'obtenir un lit. Faute de places suffisantes dans les autres services, les patients en instance d'hospitalisation doivent donc rester entre nos murs. On les installe alors dans un espace d'attente puisque les box sont réservés à l'examen des patients qui arrivent. Quand l'espace d'attente est plein, on aligne les brancards dans les couloirs. Si, en cas d'afflux exceptionnel, les couloirs sont saturés, on envahit l'espace d'accueil. Quand ce n'est plus suffisant, on entasse les brancards dans la salle d'attente réservée aux accompagnants alors invités à patienter dehors ou à se réfugier dans un bungalow installé sur le parking. Cette situation qui, dans le pire des cas, aboutit à ce que les gens soient hospitalisés dans une sorte de salle commune improvisée paraît inhumaine aux patients et aux accompagnants. Elle est aussi vécue très difficilement par nous, les soignants, qui n'avons aucune autre solution pour prodiguer les soins. On essaie d'installer les patients au mieux. Et il nous revient de leur expliquer ainsi qu'à leurs familles dans quelles conditions ils vont devoir rester. On est tenus de justifier l'injustifiable.

La plupart du temps, les accompagnants ne réagissent pas trop mal: « Je sais, je comprends... ». On essaie parfois de replacer les choses : « Je ne suis qu'un infirmier, je ne fais que subir moi-même les politiques qui, depuis trente ans, décident de l'organisation des soins et du budget de l'hôpital public. »

Mais, quand les gens ont besoin des urgences tout de suite, maintenant, ils ne sont pas trop réceptifs à ce genre de discours. Dans les situations extrêmes, j'estime toutefois nécessaire de rappeler que si la dispense de traitement est quand même assurée, je ne peux dédouaner le système de me rendre incapable de prendre soin des gens comme je devrais pouvoir le faire.

Localement, la direction de notre hôpital a associé les soignants à une réflexion sur l'organisation du service. Il est vrai que l'espace d'accueil des patients, notamment, n'est rien d'autre qu'une zone de triage. Il y a là un guichet auquel s'adressent les malades et accompagnants qui arrivent de l'extérieur. L'infirmier ou l'aide-soignant, derrière son hygiaphone, s'enquiert du motif de la visite aux urgences et manœuvre la porte électrique qui permet de filtrer les entrées dans le service. Le patient va alors être reçu dans l'un des deux box d'accueil – s'il est libre – dans lequel l'infirmier organisateur de l'accueil va l'interroger et recueillir les premières données médicales : tension, fréquence cardiaque, etc. Cela permettra de déterminer un ordre de priorité selon le degré d'urgence médicale. De son côté, l'accompagnant va être dirigé vers le comptoir de l'agent administratif en face des box d'accueil pour compléter le dossier administratif du patient puis être prié de rejoindre la salle d'attente du public, située dans le hall, en deçà de la porte. Entre temps, l'un et l'autre auront vu arriver, par une entrée latérale qui donne sur le sas des véhicules de secours, le brancard d'un blessé pris en charge par les pompiers ou par le SMUR. Ils auront côtoyé quelques nouveaux arrivants un peu perdus, des patients « entreposés » ici sur leur brancard afin de désengorger les couloirs encombrés. Chacun aura assisté au ballet des entrées, des sorties, des piétinements parfois véhéments pour des petits bobos, et des angoisses muettes pour les grandes souffrances. Dès que la nature du problème dont est affecté le nouvel entrant aura été établie, ce dernier sera conduit, au bout d'un long couloir, vers l'une des deux zones de soins. A droite au fond, la traumatologie : plaies fractures, intoxications diverses dont l'alcoolisation aigüe. À gauche : les urgences médicales pour les victimes de douleurs thoraciques, de difficultés respiratoires, de douleurs abdominales etc. En fait, l'accueil ressemble à un carrefour embouteillé où se croisent indistinctement soignants affairés, patients plus ou moins résignés, accompagnants préoccupés, agents administratifs rivés à leur écran. Ce lieu, qui cumule toutes sortes de fonctions, n'est pas clairement identifiable. Il n'a rien d'apaisant. Par ailleurs, il s'avère que la distinction entre les deux zones de soins n'est pas toujours vraiment pertinente.

Cette disposition de l'espace et la distribution des rôles qu'elle induit privilégient l'aspect technique de la prise en charge. Or, les soignants sont autant dans l'humain que dans le technique. En tant qu'infirmier, je suis certes capable de faire une prise de sang sans prononcer le moindre mot : piquer, remplir les tubes à prélèvement et m'en aller. Mais je considère la prise de sang comme une occasion d'aller à la rencontre de l'autre. Au-delà de l'information médicale que je viens chercher, j'ai besoin de prendre du temps avec le patient, de discuter avec lui puisqu'il se trouve souvent dans un état de crise plus ou moins violente. Il est alors important d'écouter, de tranquilliser, ne serait-ce que pour mettre le patient dans les conditions optimales pour recevoir les soins. Mais le personnel n'est pas suffisamment formé à cette dimension de la prise en charge même s'il est bien obligé, dans la pratique, de rassurer ceux qui ont peur des piqûres ou qui vivent le passage aux urgences comme une expérience traumatisante.

Les patients qui se trouvent dans un état de détresse sur le plan médical et vital ont d'autant plus besoin d'attention. Ces patients-là ne sont pas du tout dans la plainte. Ils n'en ont pas la force. Ils sont tellement mal qu'ils se laissent faire. Mais ils ne sont pas seulement des organismes souffrants. Il est important qu'on leur parle, qu'on leur explique qu'on est là pour essayer de les aider. Notre voix est le fil qui les rattache à la vie. Notre travail aux urgences est alors de nous rendre disponibles pour les cas les plus graves sans délaisser ceux qui semblent plus anodins. Mais, lorsque huit ou dix brancards sont parqués dans un endroit exigü, espacés par un espace juste suffisant pour laisser passer un seul soignant de profil, comment prodiguer de manière satisfaisante les soins et l'attention que réclame chacun ?

Il est bien prévu, dans chaque secteur du service, de pouvoir travailler en binôme infirmier-aide soignant. Mais, nos conditions d'exercice nous amènent à abandonner insidieusement cette forme de collaboration. Pour fonctionner en binôme, il faut qu'on soit prêts en même temps. Or, si je dois aller faire une prise de sang à un patient et qu'il faut aussi installer un nouvel arrivant, mon collègue aide-soignant va s'occuper du second pendant que je m'affaire auprès du premier. Nous sommes bien obligés d'optimiser le temps qui nous est accordé. L'intérêt de travailler en binôme est pourtant évident. Cela permet d'avoir une double lecture de la situation de soin. Quand on se retrouve face à des personnes

âgées qui ne sont pas très mobilisables, ou si on a affaire à un parkinsonien qui a de grosses raideurs, intervenir à deux permet de mieux accompagner le patient tout en ménageant notre dos et nos articulations. Entre les deux membres du binôme, s'installe une confiance et une complicité qui, d'un côté, rendent le travail plus efficace et plus gratifiant et, d'un autre côté, rassurent le patient. Mais, par la force des choses, les soignants se trouvent contraints de faire des concessions à une conception des urgences qui correspond à l'idée que l'hôpital n'est rien d'autre qu'un distributeur automatique de soins formatés. Cette conception répond, chez certains patients, à des attitudes de clients pas prêts à céder leur place dans la file d'attente... C'est ainsi que la désorganisation du système de soins, la pénurie de moyens et la surcharge de travail font peser une pression qui amène à confondre « urgence » et rapidité. Nous avons beau avertir : « Voilà, vous avez effectivement besoin d'une consultation. Mais comme votre cas n'est pas grave, il va y avoir beaucoup d'attente ». Cela n'est satisfaisant pour personne.

L'engorgement principal de notre service n'est pas forcément dû aux gens qui arrivent pour des motifs qui ne sont pas en cohérence avec la mission des urgences. Il a d'abord pour origine l'insuffisance de lits dans les autres services de l'hôpital. Depuis vingt ans, il faut en effet justifier l'occupation de ces lits par les actes médicaux effectués au cours de l'hospitalisation. Auparavant, on pouvait surveiller des patients dans un service de chirurgie même s'il n'y avait pas d'intervention chirurgicale. Maintenant, la dame qui vient pour un soupçon d'appendicite devra rentrer chez elle si les examens ne révèlent pas la nécessité d'une intervention immédiate. Si son état est instable sans être critique, ce sont les urgences qui vont assurer sa surveillance.

Dans les services généraux, les lits se sont transformés en places d'hospitalisation de jour. C'est la médecine ambulatoire. Si cette solution peut représenter un bénéfice pour beaucoup de patients, il faut savoir qu'elle déplace la charge des soins et de la surveillance auprès des proches qui n'y sont ni préparés ni formés. C'est ainsi qu'après un traitement à l'hôpital, on voit venir aux urgences des patients qui, faute d'un suivi adéquat à domicile, ont connu une dégradation de leur état auquel ils n'ont pas su faire face et que, par manque de disponibilité, les généralistes et des spécialistes n'ont pas pu prévenir. Le cercle vicieux se referme : payer l'hôpital à l'acte amène à cesser de subventionner les soins non programmables, à déléguer la surveillance aux familles et à faire peser sur les patients isolés ou défavorisés la menace d'une rechute. Comme cette rechute est, par définition, imprévisible, aucun lit n'est disponible pour les accueillir. Ils n'ont pas d'autre recours que de s'en remettre à des urgences sous dotées puisqu'elles ne génèrent aucun bénéfice. C'est ainsi que les urgences croulent en permanence sous la charge et que les services de santé sont incapables de faire face correctement aux situations de crise.

La visée de la tarification à l'acte c'était la standardisation du soin. Mais la qualité de la présence qu'attend un patient n'est ni normalisable ni quantifiable. Cette tarification à l'acte prend en compte l'aspect technique des soins et néglige le relationnel. Cela amène à prendre en considération les médecins qui posent le diagnostic et qui prescrivent un traitement, le chirurgien qui opère, mais à ignorer les professionnels qui accueillent, qui font les prises de sang, qui dispensent les soins, qui entretiennent les lieux, qui tiennent la main. En définitive, plus on est près du patient, plus on passe du temps avec lui, moins on est valorisé.

Pourtant, ce que les patients retiennent de leur passage aux urgences ou en hospitalisation, c'est souvent le verre d'eau apporté par l'agent de service hospitalier, la parole de réconfort. Quand ils sont sortis des urgences, ils se souviennent du fait qu'ils ont eu froid, chaud, qu'ils étaient bien ou mal installés, qu'ils ont eu à manger et à boire. Aucun n'oublie le sourire et le regard de celles et ceux qui se sont occupés d'eux... Les personnes qui viennent nous remercier sont souvent les familles des gens qu'on a accompagnés vers une fin de vie parce qu'on a su prendre le temps nécessaire pour le faire dans des conditions et dans un contexte qui ne sont pas adaptés. D'autres nous sont reconnaissants de leur avoir, en urgence, prodigué les soins qu'il fallait et d'avoir été présents dans un environnement très dégradé. Ce qu'ils retiennent, c'est plus l'humain que le médical, c'est la qualité d'une relation de soins qui reste, en dépit de tout, au service du public. Les gens nous en félicitent, ils nous applaudissent parfois. Il faudrait que les décideurs l'entendent réellement et agissent en conséquence.

[Propos de Fabien, infirmier au service des urgences, recueillis et mis en récits par Pierre](#)