

Le social aux urgences hospitalières : les enjeux d'une restructuration

**Marc Bessin, Chargé de recherche au CNRS
GRS-Lyon ; GRASS-Paris**

RESUME

Les problèmes que pose "l'urgence sociale" au corps médical hospitalier relèvent globalement d'une réticence à traiter une population non sélectionnée. Il valorise la spécialisation et la technique au détriment de la polyvalence et de l'écoute, d'où la déconsidération des services d'urgence. Les projets de restructuration ne s'écartent pas de ce modèle hospitalier, alors que l'enjeu fondamental est celui du décroisement des pratiques et des espaces sanitaires.

Les urgences hospitalières sont depuis quelques années l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics. Outre des affaires récentes mettant en cause la responsabilité médicale de certains praticiens des urgences, les sources de mécontentement du public sont multiples : longueur de l'attente, manque d'information, accueil laissant à désirer, brassage des populations, engorgement du service, etc. En reprenant les rapports du Professeur A. Steg¹, la communauté hospitalière semble trouver dans le recrutement de médecins confirmés (la "séniorisation") la clé principale des problèmes posés.

Les services d'accueil et d'urgence (SAU) qui ont pour mission d'accueillir toutes les demandes, se retrouvent en porte-à-faux au sein de l'institution hospitalière où la spécialisation est valorisée. En étayant ce propos, ma contribution² voudrait replacer les enjeux professionnels de cette restructuration annoncée dans le cadre de l'adaptation de l'Hôpital à la "nouvelle question sociale"³. A travers la redécouverte de sa fonction d'assistance, c'est plus généralement la façon dont le corps médical hospitalier se confronte à la réalité sociale et s'en protège qui est mise au jour.

Les limites d'une réponse institutionnelle en termes de médicalisation et de différenciation des urgences apparaissent dès lors et permettent d'explorer les perspectives d'un décroisement des pratiques et des espaces de prise en charge sanitaire.

1. L'EMPRISE DU DISCOURS MEDICAL

L'hôpital est une institution complexe exerçant différentes fonctions, où interviennent de multiples acteurs selon deux grandes lignes d'autorité, l'administration et le corps médical. Les urgences hospitalières sont par exemple le lieu d'une division du travail entre plusieurs catégories de personnels (infirmières, brancardiers, aides soignantes, médecins...) dont les seuls statuts ne

¹) Cf. STEG Adolphe., *Rapport sur la médicalisation des urgences*, Commission nationale de restructuration des urgences, Septembre 1993, 77p.

²) Cet article, qui s'appuie sur des recherches effectuées en CHU, doit beaucoup aux débats du séminaire du GRASS "Ville et santé", notamment la séance "L'urgence, l'extrême" que j'ai pu coordonner grâce aux contributions de K.Delmas, N.Dodier, L.Luquel, A.Lovell. Cf. *Ville et santé, Bulletin de liaison*, GRASS, N°5, septembre 1995.

³) Cf. CASTEL ROBERT, *Les Métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard, 1995, 490p.

suffisent pas à décoder le fonctionnement⁴. Pour autant, le discours médical représente souvent l'unique discours légitime dans l'institution sur les pratiques professionnelles. Le point de vue du personnel paramédical, par exemple, s'en éloigne souvent et relève d'enjeux d'une autre nature, mais il n'est pas en mesure de peser sur la problématique des urgences. Le rapport Steg en est une parfaite illustration en ne parlant presque jamais des personnels non médicaux.

Les enjeux de la profession médicale au sein de l'hôpital, dans un contexte marqué par des relations de concurrence entre services⁵, sont donc centraux pour saisir les urgences, tant le discours qu'ils suscitent est prégnant dans l'institution.

2. L'HOPITAL S'EXPOSE A LA REALITE SOCIALE

Le SAU constitue la voie d'entrée principale à l'hôpital. De 30 à 80% des hospitalisations, selon les établissements, s'effectuent après un passage au SAU, d'où son importance stratégique. L'attention portée à ce secteur s'explique également par une augmentation constante des entrées ces dernières années, surtout dûe aux patients venus par leurs propres moyens. Cet attrait exercé par l'hôpital traduit les conséquences sanitaires de la crise et relève des transformations de la prise en charge sanitaire. Quoi qu'il en soit, l'inflation des flux accentue les problèmes et incitent les professionnels à revenir en permanence sur la sélection des publics. Les SAU ont en effet une obligation d'admission ; ils deviennent ainsi un lieu privilégié de recours et d'assistance pour une population désaffiliée, de plus en plus nombreuse.

2.1. Les "urgences sociales" à l'hôpital

Le SAU est l'endroit où l'hôpital moderne, sûr de sa réponse technique en termes de soins, redécouvre, par la force des choses, sa fonction ancestrale d'assistance et de traitement du social. La diversité du public et la rencontre des mondes extrêmes caractérisent ce service ; mais la présence d'un nombre important de personnes démunies et marginalisées et la spécificité des réponses à leur apporter sont problématiques pour les équipes.

Ils bénéficient des usages primaires (soins médicaux) et secondaires (nourriture, hébergement, compagnie...) du service. Les personnels soulignent cette distinction entre les activités médicales et d'aide sociale, ce qui les conduit à parler "d'urgence sociale" pour ces patients.

Outre les "SDF" amenés de gré ou de force, "la demande sociale" émane également de patients dont le rapport aux soins et l'accès à la médecine ne se réalise que dans l'urgence. N'ayant pas de suivi médical en amont, ils viennent à l'hôpital pour des raisons liées à une relation dégradée à la santé, à la facilité d'accès et à l'absence de couverture sociale ou d'argent.

L'approche quantitative de "l'urgence sociale" ne suffit pas à mesurer le poids qu'elle représente pour l'institution. Son ampleur est à considérer à l'aune de la visibilité de ces patients, de la charge de soins préalables qu'ils supposent, de la distance au rôle de malade qu'ils maintiennent et de l'agressivité qu'ils dégagent parfois... Bref, le traitement du social aux urgences suppose une grande capacité d'écoute et beaucoup de patience, ce qui apparaît antinomique avec la définition du service.

La prise en charge des toxicomanes peut illustrer ce propos. Les préjugés sur les usagers de drogue⁶, leur comportement dans l'institution et la relation qu'ils entretiennent à la santé

⁴) Jean Pennef a remarquablement décrit cette division du travail. Cf. PENNEF Jean, *L'hôpital en urgence*, Paris, Métailié, 1992, 258p.

⁵) Cette concurrence pour asseoir une position dominante dans l'institution et pour faire valoir les intérêts de son service est exacerbée en CHU. C'est dans ce type d'établissement que j'ai travaillé et je suis conscient des risques pris en généralisant mes observations à tous les hôpitaux.

contribuent à gommer aux yeux des professionnels leur dimension de patient devant celle du "toxicomane". Incapables d'endosser le statut de "malade" et de respecter les règles de soumission que l'on attend de toute personne qui sollicite l'hôpital, ces patients sont considérés comme agressifs, rebelles et manipulateurs, fréquentant les urgences en situation de crise, pour se procurer des produits ou se protéger de la police. Ces caractéristiques sont renforcées par ce qu'ils renvoient en parlant de santé, à savoir les derniers épisodes de manque. Les personnels ont tendance à ne plus considérer que la situation de manque ou la désintoxication chez un toxicomane ; les obstacles qu'il met à sa prise en charge ne faisant que correspondre à cette impossibilité de pouvoir être malade à leurs yeux⁷.

Conscients de ne pas répondre correctement au problème, les équipes des urgences en viennent souvent à dire que l'accueil des toxicomanes n'est pas de leur compétence.

Sans prolonger cet exemple, il me semble bien montrer le rapport problématique des personnels aux "urgences sociales", qui ne fait que traduire la position paradoxale dans laquelle se situe la pratique médicale dans ce service, à mi-chemin entre l'hôpital et la ville, le spécialiste et le généraliste, le médical et le social...

2.2. Un hiatus entre "accueil" et "urgence"

Cette intrusion du social vient renforcer une contradiction structurelle propre aux dispositifs d'urgence. L'urgence est polysémique, elle implique deux grandes dimensions du temps : le *Chronos* et le *Kairos*⁸. La première renvoie à la rapidité et à la vitesse : à une certaine forme d'efficacité quantifiée. La seconde dimension suggère le moment opportun et suppose qu'il a été choisi parmi d'autres, qu'un tri et des priorités ont été effectués. Une dimension plus qualitative du temps est présente dans le *Kairos* : l'efficacité est pondérée par des choix parfois éthiques.

Ce deuxième registre signifie que, contrairement à d'autres relations de service⁹ où les clients sont traités selon un principe d'égalité de traitement, la règle du "premier arrivé, premier servi" ne joue pas au SAU. Les malentendus aux urgences proviennent en premier lieu du mot lui-même qui désigne à la fois la réponse et la demande : le professionnel est là pour calmer, rationaliser et gérer des situations dans une vision globale du service alors que le patient y vit de façon dramatique, extraordinaire et égocentrique son passage.

Mais plus fondamentalement, l'ambiguïté réside dans le hiatus entre les définitions en termes "d'urgence vraie" et celles qui se rapprochent de l'accessibilité, la disponibilité et s'expriment en termes de droit et de service public. La légitimité des "urgences vraies", où le pronostic vital relève d'une réponse technique, n'est pas discutée, contrairement aux entrées qui s'écartent de cette référence médicale. Ainsi, la recrudescence des demandes telles que les "consultations", la "bobologie" ou "l'urgence sociale"¹⁰ représente pour le corps médical une "gêne à la prise en charge des urgences sérieuses"¹¹. On pourrait résumer cette contradiction à l'appellation du SAU : "accueil" versus "urgence".

⁶) Cf. REDJIMI Goucem, "Politique de réduction des risques et organisation des soins", *Revue Française des Affaires Sociales*, n°2, avril-juin 1994, pp.197-209.

⁷) Cf. INGOLD Rodolphe, "Les toxicomanes ont-ils une santé ? Brève histoire des traitements en France", in EHRENBERG Alain, MIGNON Patrick, *Drogues, politique et société*, Paris, Descartes/Le Monde, 1992, pp.318-327.

⁸) Sur cet aspect, Cf. GASPARINI Giovanni, "Urgence : quelques notes éparses", *Temporalistes*, "Urgences", n°29, mars 1994, pp.16-17.

⁹) Sur l'application à la médecine du cadre de la relation de service, Cf. GOFFMAN Erving, *Asiles. Etude sur la condition sociale des malades mentaux*, trad. franç., Paris, Minuit, 1968, 450p.

¹⁰) Pour reprendre les catégories pertinentes pour les personnels. Cf. CAMUS Agnès, DODIER Nicolas, *L'intérêt pour les patients à l'entrée de l'Hôpital. Enquête sociologique dans un service d'urgences médicales*, Rapport pour le Plan Urbain et le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, Paris, CERMES, GSPM, 1994, 141p.

¹¹) STEG Adolphe, *Op. Cit.*

Pourtant, toute relation de service comporte les trois domaines du technique, des civilités, et du contractuel¹². Tout se passe en fait comme si l'enjeu médical des urgences consistait à renégocier en permanence le contrat (admettre tout le monde indépendamment des formalités administratives) pour privilégier la partie technique au détriment des civilités.

Les difficultés relationnelles que rencontre le public trouvent ici leur origine. Les urgences extrêmes nécessitent une compétence technique immédiate du professionnel : la dimension *Chronos* du temps y est prépondérante, une fois le diagnostic effectué. Or ce type d'urgence semble fonctionner comme un modèle de référence. L'image du polytraumatisé amené en hélicoptère symbolise ainsi souvent le SAU¹³, alors que l'on sait que ces grosses urgences ne représentent pas plus de 5% des cas. C'est parce que cette activité tend à être valorisante pour (et valorisée par) les professionnels de l'urgence et qu'elle n'inclut pas le domaine des civilités que l'on s'autorise dans d'autres situations, au nom de l'urgence médicale, à négliger l'accueil.

2.3. Une illustration de la crise relationnelle de l'hôpital

Cette crise "relationnelle" de l'Hôpital où l'on inflige un traitement impersonnel du patient, qui fait primer la maladie sur le malade et valorise la technique au détriment de la qualité de l'accueil et de la relation¹⁴, est paradoxalement à son comble avec les demandes qui s'écartent de "l'urgence vitale". C'est notamment le cas pour certains "SDF". Et si on leur parle, c'est souvent de façon très infantilisante, sans réellement attendre de réponse de leur part. Les civilités avec ce public semblent réservées à l'assistante sociale ou au psychiatre dans la répartition implicite des tâches.

"L'absence d'humanité" quand il faut sauver une vie humaine se traduit en difficulté et impuissance des équipes lorsqu'il ne s'agit plus de guérir, comme avec les toxicomanes. Le décès d'un patient par exemple entraîne souvent des situations insupportables à gérer pour le personnel qui n'est pas toujours préparé à soutenir les familles.

Mais comment expliquer ce décalage ? On ne peut en fait comprendre les difficultés des urgences à s'adapter à toutes les demandes qu'en considérant le modèle de référence médical hospitalier et les risques de dévalorisation dans l'institution lorsque l'on s'en écarte trop.

3. L'HOPITAL SE PROTEGE DE LA REALITE SOCIALE

Au-delà des difficultés soulignées, les urgences hospitalières constituent un des recours les plus utilisés par les plus vulnérables. Mais cette ouverture de l'hôpital sur la ville et sur le social n'est-elle pas trompeuse, les SAU jouant en quelque sorte le rôle de fusible pour préserver le reste de l'établissement des doutes induits par cette évolution ? C'est ce que peuvent laisser penser les difficultés des SAU à placer les patients ou leur déconsidération dans l'institution.

3.1. Le filtre des services d'hospitalisation

La fonction de distribution des hospitalisations pourrait être susceptible de donner une position dominante dans l'hôpital. Or, les urgences médicales sont très dépendantes des autres services. Elles font appel à des avis spécialisés et procèdent à des examens complémentaires pendant les soins de première phase. Mais surtout, le personnel doit trouver des places pour les malades à hospitaliser. Dans un contexte de restriction des lits, la sélection pour ne traiter que des patients adaptés aux besoins des services spécialisés s'accroît. Les difficultés de placement varient donc

¹²) Si Goffman ne distingue ces trois points qu'au niveau de l'échange verbal entre le client et le réparateur, on peut considérer qu'ils se retrouvent dans l'ensemble de la relation de service. Cf. GOFFMAN Erving, *Op. Cit.* p. 383.

¹³) Il faudrait recenser les couvertures des rapports d'étude sur les urgences hospitalières qui font appel à ce registre.

¹⁴) Cf. LE BRETON David, "L'hôpital malade de son inhumanité", *Impact médecin*, 8/10/1992.

selon la période et les caractéristiques du malade, ce que Nicolas Dodier et Agnès Camus appellent la "force mobilisatrice des patients"¹⁵. La négociation d'un transfert, qui s'effectue au téléphone, dure parfois très longtemps, dans la mesure où l'on peut essayer plus d'une dizaine de refus pour un patient peu "mobilisateur".

Cette situation de dépendance engendre des rapports tendus avec les autres services en tentant d'éviter les conflits ouverts. "L'impôt lit", mesure administrative pour dicter un placement, est ainsi rarement sollicité car il s'agit d'une arme à double tranchant : s'en servir, c'est hypothéquer toute coopération et s'assurer des difficultés de placement encore plus grandes à l'avenir avec le service "réquisitionné".

Le filtre important qui s'oppose aux SAU délimite en fait les réelles frontières de l'institution, les urgences constituant de fait un sas entre l'hôpital et la ville. Dépendant des autres services et aux marges de l'institution, les SAU y ont une position difficile et les caractéristiques de l'activité médicale que l'on y pratique ne viennent que renforcer cette dévalorisation.

3.2. Un service dévalorisé dans la hiérarchie implicite du corps médical hospitalier

Tout participe en fait à affaiblir la position du SAU dans l'institution. Lieu d'arrivée du tout venant des patients, c'est également une zone de repli de l'hôpital où l'on vient lorsqu'on est égaré et une zone d'absorption des problèmes. Il hérite ainsi souvent des cas inclassables qui ne correspondent à aucune des spécialités. Cette ambiguïté des problèmes de santé et la variété des pathologies imposent une polyvalence telle qu'un spécialiste de l'urgence n'est autre qu'un excellent médecin généraliste. Or, la médecine générale n'est pas ce qu'il y a de plus prestigieux à l'hôpital. Les pathologies courantes rencontrées aux urgences ne peuvent pas être l'objet d'un travail qui sera publié dans les grandes revues de médecine. Le système de formation en résulte : il sélectionne les généralistes... par l'échec, les meilleurs des internes étant voués à une carrière dans une spécialité.

Le système implicite de domination dans l'institution hospitalière repose sur une liaison forte entre spécialisation, sélection du recrutement et valorisation d'un service¹⁶. Pour échapper à leur destinée, les services de médecine générale ou de médecine interne élaborent toutes les stratégies possibles pour récupérer des patients aux pathologies rares. Seuls les SAU sont exposés à une clientèle imprévue.

Les urgences médicales ne peuvent donc pas échapper au phénomène "d'homologie sociale", qui voit ceux qui traitent les populations les plus déconsidérées socialement se trouver eux-mêmes déconsidérés professionnellement, au sein de leur corps d'appartenance.

4. MEDICALISER LES URGENCES OU DECLOISONNER LES PRATIQUES SANITAIRES

4.1. La restructuration des urgences : une réponse médicale et hospitalière

Les projets de restructuration des urgences se résument en deux mots : médicalisation et différenciation. Le manque de médecins y est souligné et des crédits affectés pour des "sénior" commencent à se dégager. Tout en insistant sur l'insuffisance des postes alors qu'un grand nombre sont vacants (la dévalorisation d'un service a des répercussions concrètes !), le rapport Steg préconise une spécialité urgentiste. Mais différencier les "vraies urgences médicales" -pour y répondre de façon plus efficace et rapide (*Chronos*)- de la permanence des soins revient à

¹⁵) Qui dépend notamment de son âge, de l'intérêt intellectuel de sa pathologie, de la charge de soins, de la durée de son séjour, de sa couverture sociale... Cf. CAMUS Agnès, DODIER Nicolas, *Op. Cit.*

¹⁶) Cf. HERZLICH Claudine, "Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière", *Revue française de sociologie*, XIV, n°spéc. 1973, pp.41-59.

contourner le problème qui consiste à canaliser plusieurs types de demandes (*Kairos*). Certains SAU, en fonction de l'équipement de l'établissement, seraient ainsi habilités à recevoir les urgences vraies alors que d'autres, transformés en ANACOR¹⁷ se limiteront à un rôle de dispensaire. En fait, cette distinction peut être vue comme une possibilité de lier spécialisation et sélection du public. On éviterait alors de se poser la question du manque d'ouverture du corps médical sur le monde extérieur et de son absence de formation sur les aspects sociaux de la médecine, cet aspect des choses étant réservé aux filières "médico-sociales" au sein des SAU ou aux ANACOR.

Cette restructuration répond aux enjeux de la profession médicale hospitalière sur lesquels j'ai insisté. Or les problèmes des urgences, notamment l'inflation de demandes sociales, dépassent le cadre de l'hôpital et relèvent d'enjeux plus fondamentaux de santé publique.

4.2. De nouveaux rapports entre la ville et l'hôpital

Des initiatives en matière de prise en charge du sida, relayées par des actions sur la toxicomanie et "l'exclusion", tentent d'ouvrir une brèche dans les certitudes de l'hôpital moderne. La problématique de la prise en charge du VIH a mis en évidence la perméabilité entre le social et le sanitaire. L'hôpital, symbole du cloisonnement qui s'est récemment imposé entre ces deux sphères, est aujourd'hui confronté à cet enjeu ; mais on a vu qu'il réussissait encore à se préserver des doutes induits par cette réalité sociale. Au-delà de l'institution hospitalière, le sida et la montée de la précarisation sociale ont tendance à déstabiliser les positions institutionnelles et font apparaître d'immenses interstices où s'investissent de multiples partenaires (médecins, associations, travailleurs sociaux, etc.) sous des formes nouvelles (réseaux ville-hôpital, logiques de proximité, etc.). On assiste à une recomposition des politiques de santé et à un redéploiement des pratiques et des espaces de prise en charge sanitaire. L'hôpital ne pourra pas se permettre d'y être insensible.

L'inadaptation des réponses faite aux "urgences sociales" a incité des médecins, généralement issus de l'action humanitaire, à monter au sein de certains établissements des structures de soins adaptées aux plus exclus de la médecine. En lançant le défi d'une spécialisation médicale du traitement du social, ils s'autorisent à jouer le jeu de la valorisation médiatique, si ce n'est médicale¹⁸. Mais au-delà de cet aspect, ces expériences se distinguent des SAU par des pratiques dans lesquelles les cloisonnements travailleurs sociaux/professionnels de santé et ville/hôpital commencent à se fissurer. Elles répondent en écho à de nombreuses initiatives sous la forme de structures de proximité sillonnant la ville vers les clients potentiels qui n'ont même plus les moyens de se rendre à l'hôpital.

Il faut en effet rappeler que les urgences hospitalières ne sont qu'un chaînon des dispositifs d'urgence sanitaire. Le rapport Barrier sur les urgences pré-hospitalières a par exemple tenté de s'éloigner de l'hospitalocentrisme ambiant en réhabilitant le médecin de ville et en incitant au décloisonnement, notamment par des pratiques en réseau¹⁹. Si tout ne se résout pas avec les réseaux ville-hôpital²⁰, ils ont le mérite de réintroduire le médecin généraliste au cœur de la prise

¹⁷) Antennes d'accueil et de traitement des urgences, qui correspondraient aux sites les moins équipés et qui assureraient les demandes de consultation. Les décrets d'application de cette reconfiguration, publiés en mai 95, sont actuellement suspendus.

¹⁸) Cf. LUQUEL Laurence, *Op. Cit.*

¹⁹) Cf. BARRIER Gèneviève, *Rapport sur la prise en charge pré-hospitalière des urgences*, septembre 1994, 68p. Pour un exemple de pratique en réseau adaptée aux urgences, Cf. ELGHOZI B., "De l'insertion et de la santé, les réseaux de solidarité ville-hôpital", *Gestions hospitalières*, "L'hôpital et les exclus", n°341, décembre 1994, pp.790-793.

²⁰) Cf. BERTOLOTTO Fernando, "Le recours aux réseaux, un enjeu de santé publique", *Prévenir*, "Les réseaux de santé", n°27, 1994, pp.157-163.

en charge, aux côtés des personnels hospitaliers et extra-hospitaliers, médicaux et para-médicaux, sanitaires et sociaux...

La croyance dans le Progrès et la Modernité des années de croissance a institué l'hôpital au centre du système sanitaire, dans une conception techniciste de la santé, séparée du social. Les dispensaires de quartier et les médecins de proximité ont ainsi été jetés aux poubelles de l'histoire. S'ils sont aujourd'hui regrettés par les acteurs de l'urgence, c'est surtout le signe que les modèles de l'hôpital reposent sur des fondements bien fragiles.

La question sociale donne pourtant l'opportunité à l'hôpital de transformer "la machine à guérir" qu'elle est devenue en réintroduisant le soin et en s'ouvrant davantage aux problématiques de santé publique. Ce décroisement des pratiques et des espaces semble en tout cas une condition pour mieux appréhender la dimension qualitative du temps (*Kairos*) qui pose tant de problèmes aux équipes des urgences.

Marc Bessin est sociologue et chargé de recherche au CNRS, membre du Groupe de Recherche sur la Socialisation (GRS/U.Lyon II). Il participe aux travaux du Groupe de Recherche et d'Analyse du Social et de la Sociabilité (GRASS/IRESO) dans le cadre duquel il a mené des recherches et publié des articles sur les formes de régulation temporelle des trajectoires biographiques (*Cours de vie et flexibilité temporelle. La crise des seuils d'âge : service militaire et majorité juridique*. Thèse de doctorat) et sur le traitement du social à l'hôpital. Il a également enseigné aux Universités de Paris VIII et de Toulouse-le-Mirail et a travaillé au CHU de Rouen. Il poursuit actuellement ses analyses sur les repères et les ajustements temporels du cours de vie, notamment dans le cadre d'une recherche sur la prise en charge sanitaire des détenus dans le cadre du transfert de la médecine pénitentiaire au service public hospitalier.

Adresse : GRASS/IRESO, 59-61 rue Pouchet, 75849 Paris cedex 17.