

[texte](#)

[article](#)

Le social aux urgences de l'hôpital

Alors que depuis leur apparition les hôpitaux ont longtemps été identifiés à l'accueil des pauvres, ils s'écartent dans l'après-guerre de cette fonction première d'assistance pour se tourner vers la prise en charge sanitaire sophistiquée que l'on connaît. Aujourd'hui, le traitement du social à l'hôpital, malgré la montée des précarités et des vulnérabilités, demeure problématique pour le corps médical hospitalier. Pourquoi ?

Par: Marc Bessin, Sociologue, Chargé de recherche au CNRS /

Publié le : 03 Septembre 2003

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Fichiers

- [La lettre de l'Espace éthique/AP-HP n°15-16-17-18 \(12.98 Mo\)](#)

Poursuivre la réflexion

Texte extrait de La Lettre de l'Espace éthique n°15-16-17-18, 2002. Ce numéro de la Lettre est disponible en intégralité en suivant le lien situé à la droite de la page.

La Journée mondiale de lutte contre la misère ATD Quart-Monde du 17 octobre, est l'occasion de rappeler que la question sociale n'a pas toujours posé problème à l'hôpital ¹.

Alors que depuis leur apparition, au Moyen âge, les hôpitaux ont longtemps été identifiés à l'accueil des pauvres, ils s'écartent dans l'après-guerre de cette fonction première

d'assistance aux indigents pour se tourner résolument vers la prise en charge sanitaire sophistiquée que l'on connaît. Aujourd'hui, le traitement du social à l'hôpital, malgré la montée des précarités et des vulnérabilités, demeure problématique pour le corps médical hospitalier. 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, je voudrais replacer les enjeux professionnels des urgences et de l'hôpital confrontés à la précarité. À 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.

Je vais tenter de développer ce double aspect (exposition au social d'un côté et protection de l'autre), pour tenter ensuite de donner quelques pistes de réflexion autour des contradictions structurelles entre le médical et le social, en vue d'appréhender les perspectives d'un décloisonnement des pratiques et des espaces de prise en charge sanitaire.

Quand l'hôpital s'expose à la réalité sociale

C'est par les services d'urgences que l'hôpital s'expose à la réalité sociale. Rappelons d'abord que 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, dues pour l'essentiel aux patients venus par leurs propres moyens. Comme Jean Peneff l'a très bien montré, elle est devenue une nouvelle forme de consommation médicale². Cet attrait exercé par l'hôpital traduit les conséquences sanitaires de la crise et relève des transformations de la prise en charge sanitaire. Et les urgences sont l'endroit où l'hôpital moderne, sûr de sa réponse technique, redécouvre, par la force des choses, sa fonction ancestrale d'assistance et de traitement du social. La diversité du public et la rencontre de mondes extrêmes caractérisent ce service. Mais pour les équipes, la présence d'un nombre important de personnes démunies et marginalisées ainsi que la spécificité des réponses à leur apporter s'avèrent problématiques.

Ces malades en difficulté sociale bénéficient des usages primaires (soins médicaux) et secondaires (nourriture, hébergement, compagnie, etc.) 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, pour ne pas dire qu'elles ne relèvent pas de leur domaine d'exercice...

Outre les sans-abris amenés de gré ou de force ? il ne faut pas l'oublier ? " 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. Il est important de souligner que l'approche quantitative de " l'urgence sociale " (qui règne sans partage dans l'évaluation et dans l'aide à la décision en matière de gestion hospitalière) 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 expriment parfois... Bref, le traitement du social aux urgences suppose une grande capacité d'écoute et beaucoup de patience, même si l'idée de réintroduire de la durée dans cette intervention qui consiste à accueillir apparaît antinomique avec la définition du service et l'approche gestionnaire, économétrique avec laquelle on l'aborde souvent.

La prise en charge des toxicomanes peut illustrer ce propos. Les chiffres relatifs à leur passage ne sont pas représentatifs des problèmes et des représentations que les agents des services d'urgence s'en font. L'une des enquêtes de Jean Peneff, ³ montre qu'ils constituent par exemple 1 % du public d'un service d'urgence. Les préjugés sur les usagers de drogue ⁴, leur comportement dans l'institution et la relation qu'ils entretiennent à la santé 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 les produits dont ils ont besoin ou se protéger de la police. Ces caractéristiques sont renforcées par ce à quoi ils renvoient lorsqu'ils parlent de santé, à savoir les derniers épisodes de manque. Les personnels ont ainsi 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 font que correspondre à cette impossibilité de pouvoir être malade à leurs yeux) ⁵. 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. On pourrait pousser le même raisonnement pour les sans abris. Mais revenons aux définitions de ces services.

Un hiatus entre " accueil " et " urgence "

Dans les SAU apparaît en effet un hiatus de cette nature, ou pour le dire autrement, entre disponibilité et intervention. L'intrusion du social vient en effet 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 ⁶. La première renvoie à la rapidité et à la vitesse : à une certaine forme d'efficacité quantifiée. La seconde 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 cependant présente dans le Kairos où l'efficacité est parfois pondérée par des choix éthiques.

Comme on le sait, cela signifie que, contrairement à d'autres relations de service ⁷ où les clients sont traités selon un principe d'égalité de traitement, la règle du " premier arrivé, premier servi " ne joue pas au SAU. Aux urgences, les malentendus 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 " ⁸ (pour reprendre le vocabulaire médical employé dans ces services) représente pour le corps médical une " gêne à la prise en charge des urgences sérieuses " (cf. rapport Steg). On pourrait résumer cette contradiction à l'appellation du SAU : " accueil " versus " urgence ". 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 (l'urgence) au détriment de l'accueil.

Les difficultés relationnelles que rencontre le public trouvent ici leur origine. Les urgences extrêmes nécessitent une compétence technique immédiate du professionnel : la dimension Chronos ? quantitative 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 SAU (il faudrait recenser les couvertures des rapports d'étude sur les urgences hospitalières qui y font référence), 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, du relationnel, que l'on s'autorise dans d'autres situations, et au nom de l'urgence médicale, à négliger l'accueil, à considérer que le reste ne relève que de la " bobologie ", des " fausses urgences ", et à envisager le problème en termes de réorientation ⁹.

Une illustration de la crise relationnelle de l'hôpital

Cette carence dans la dimension humaine de l'hôpital, où l'on inflige un traitement impersonnel au patient, qui fait primer la maladie sur le malade et valorise la technique au détriment de la qualité de l'accueil et de la relation ¹⁰, est paradoxalement souvent à son comble avec les demandes qui s'écartent de " l'urgence vitale ". C'est notamment le cas pour certains sans domicile fixe : si on leur parle, c'est souvent de façon très infantilisante, sans réellement attendre de réponse de leur part. Les civilités à l'égard de ce public semblent réservées à l'assistante sociale ou au psychiatre dans la répartition implicite des tâches. Lorsqu'il s'agit non plus de guérir ou de sauver une vie humaine, mais d'accompagner et d'écouter, comme avec les toxicomanes, " l'absence d'humanité " dans les relations avec les équipes, prend la forme de difficulté voire d'impuissance des équipes. Réintroduire du temps, investir dans la durée, paraît inenvisageable alors que c'est la seule réponse au phénomène d'afflux.

Il faut alors, pour expliquer ce décalage, en revenir au modèle de référence médical hospitalier et aux risques de dévalorisation dans l'institution lorsque l'on s'en écarte trop. Car, de fait, si l'on rentre réellement dans l'institution, on voit que l'hôpital se protège surtout de la réalité sociale.

Entre l'hôpital et la réalité sociale : un sas " protecteur "

L'exemple de l'accueil des toxicomanes, mais aussi celui des sans-abri (si on avait le temps de le développer), montre le rapport problématique des personnels aux " urgences sociales ", traduit 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...

L'apparente ouverture de l'hôpital sur la ville et sur le social n'est-elle pas qu'une simple redéfinition des frontières ? Les difficultés qu'ont les SAU à placer les patients dans les services hospitaliers ¹¹ le suggèrent en tout cas. Constituant un véritable sas entre la ville et les services qui exercent un filtrage important, ils jouent un rôle de " fusible " face à la montée du social, préservant le reste de l'établissement des doutes induits par la redécouverte de la problématique sociale. Cela contribue à amplifier la dévalorisation des services d'urgences au sein du corps médical, par un phénomène " d'homologie sociale ", où ceux qui traitent les populations les plus dévalorisées socialement se trouvent eux-mêmes, au sein de leur corps d'appartenance, dévalorisés professionnellement.

Développons rapidement quelques aspects sociologiques sur la place des SAU dans la hiérarchie implicite du corps médical hospitalier. Tout participe à affaiblir la position du SAU dans l'institution. Lieu d'arrivée du " tout venant ", c'est également une zone de repli de l'hôpital où l'on vient lorsqu'on s'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. Le système de domination dans l'institution hospitalière repose en effet implicitement sur une liaison forte entre spécialisation, sélection du recrutement et valorisation d'un service ¹². Pour échapper à leur " destinée ", les services de médecine générale ou de médecine interne élaborent ainsi toutes les stratégies possibles pour récupérer des patients aux pathologies rares. Seuls les SAU sont exposés à une clientèle imprévue.

Humanisme versus compétence technique

C'est le problème de la légitimité à laquelle peuvent prétendre les structures et les personnels appelés à prendre en charge la question sociale qui est ainsi posé. Autrement dit, comment échapper à la dévalorisation des filières ou des services destinés aux pauvres, dans un contexte de concurrence exacerbée entre les services hospitaliers ? Pour y répondre, il convient d'abord d'avancer quelques pistes d'analyses consacrées à la dichotomie Médical versus Social.

Cette réflexion sur le système de santé à l'épreuve de la précarité, nécessite de revenir sur les cloisonnements structurels sur lesquels repose notamment l'hôpital, pivot du système de santé.

Pour une grande partie des patients en situation sociale difficile, la compétence technique des soignants doit nécessairement s'accompagner d'un important effort d'accompagnement et

d'écoute, ce qui demande beaucoup de temps. On sait à quel point cette dimension a été négligée à l'hôpital pour y privilégier la technique et la spécialisation. Or, l'amplification des rationalisations budgétaires, avec notamment l'introduction de la comptabilité analytique et de l'idéologie du management à l'hôpital, entrent en contradiction avec cette dimension qualitative du travail et du temps des soins, une écoute attentive et respectueuse, dimension qui ouvre pourtant la voie à un renouvellement des pratiques professionnelles à l'hôpital.

Au-delà de la dichotomie généralistes/spécialistes, la réalité sociale aux urgences montre en permanence les liens étroits entre le soma et la psyché, autre cloisonnement de la prise en charge qui constitue l'une des plus importantes caractéristiques du système de santé. Si pour l'instant on voit des psychiatres et des antennes psychiatriques introduites dans les urgences médicales, ces innovations sont trop souvent conçues dans une logique de réorientation. Or le problème consiste justement à intégrer cette dimension dans une véritable complémentarité, c'est-à-dire accepter cet afflux, le prendre au sérieux, donner une autre réponse qu'une réorientation ou une spécialisation (pour ne pas dire, en l'occurrence ici, une ségrégation des filières au sein même des urgences).

Pour accéder à une certaine spécificité synonyme de considération à l'hôpital, la prise en charge des plus précaires a-t-elle d'autres choix que de mettre en avant cette spécialité qui consiste justement à lier l'écoute à la technique du soin ? N'est-elle pas obligée de réintroduire la dimension Kairos et la durée dans son rapport au temps ? N'a-t-elle pas d'autres solutions que d'harmoniser la complémentarité entre une médecine généraliste et le recours aux différents spécialistes, entre une prise en charge somatique et psychiatrique ?

Décloisonner les pratiques et les espaces

Il apparaît, pour conclure, que le recours au point de vue des patients est nécessaire. Cela permettra de dire quelques mots sur la rhétorique de la responsabilisation des malades. Car lorsqu'ils sont pris dans l'urgence de la survie comme c'est le cas des sans-abri, l'ambiguïté du recours à la notion de " responsabilisation du patient " appelle quelques précisions. Soigner n'est pas un acte se situant en dehors de tout contexte social. Le soignant ne peut pas toujours incarner la seule valeur du bien, alors qu'il s'inscrit pleinement dans une société où sévit le mal, qu'il s'agisse de la misère ou de l'enfermement (je pense ici à la situation des soins en prison qui pose des problèmes similaires) ¹³.

Parce qu'il travaille dans une société qui laisse de plus en plus de gens à la dérive, il en devient parfois le symbole aux yeux de ceux qui en subissent directement les conséquences. Ce n'est qu'en assumant cette ambivalence que le soignant pourra comprendre les réticences des patients à ses offres de soins, pas en cherchant trop facilement à se rassurer en prétendant qu'ils ne veulent pas se soigner, qu'ils sont agressifs ou ne le respectent pas. Tout le paradoxe est là : intervenir au nom d'une société qui elle-même est génératrice d'exclusion.

Des initiatives existent, comme les filières " d'accueil des démunis " au sein des hôpitaux ¹⁴ ou les structures de proximité comme le Samu social qui sillonne la ville à la rencontre d'éventuels malades. En s'écartant sensiblement du modèle de l'urgence médicale, elles sont moins focalisées sur le " rétablissement " que sur la " maintenance sociale " ¹⁵, ce qui suscite d'autres résistances dans l'univers hospitalier, mais ouvre cependant certaines

possibilités pour échapper à l'issue fatale de la dévalorisation.

Pourtant, le social constitue bel et bien une chance pour l'hôpital. En effet, 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. C'est pourquoi la question sociale peut donner à l'hôpital, en réintroduisant le soin et en s'ouvrant davantage aux problématiques de santé publique, l'opportunité de transformer " la machine à guérir " qu'il est devenu.

Ce décloisonnement des pratiques et des espaces semble en tout cas une condition essentielle pour mieux appréhender, à l'inverse de ce qu'on nous donne à voir à la télévision le dimanche soir avec la série Urgences, la dimension qualitative de ce temps (Kairos) qui pose tellement de problèmes aux équipes des urgences.

Notes

- 1 . Ce texte est la reprise d'une conférence prononcée à la journée " Les urgences et la précarité " le 17 octobre 2000, organisée par l'Espace éthique de l'AP-HP à l'occasion de la Journée mondiale contre la misère. Il s'appuie en partie sur un article déjà paru : Bessin M., " Le social aux urgences hospitalières : les enjeux d'une restructuration ", Les cahiers de la sécurité intérieure, n° 22, " Les métiers de l'urgence ", 4e trimestre 1995, pp. 57-65.
- 2 . Peneff J., Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale, Paris, Métailié, 2000.
- 3 . Ibid.
- 4 . Redjimi G., " Politique de réduction des risques et organisation des soins ", Revue Française des Affaires Sociales, n° 2, avril-juin 1994, pp.197-209.
- 5 . Ingold R., " Les toxicomanes ont-ils une santé ? Brève histoire des traitements en France ", in Ehrenberg A., Mignon P., Drogues, politique et société, Paris, Descartes/Le Monde, 1992, pp. 318-327.
- 6 . Sur cet aspect, Cf. Bessin M., " Le Kairos dans l'analyse temporelle ", Cahiers lillois d'économie et de sociologie, n° 32, " Temps et contretemps. Approches sociologiques ", 2e semestre 1998, pp. 55-73.
- 7 . Sur l'application à la médecine du cadre de la relation de service, Cf. Goffman E., Asiles. Étude sur la condition sociale des malades mentaux, trad. franç., Paris, Minuit, 1968, 450 p.
- 8 . Pour reprendre les catégories pertinentes pour les personnels. Cf. Camus A., Dodier N., 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, 141 p.
- 9 . Avec les dégâts que l'on sait concernant les tentatives de suicide par exemple, dont on sait que leur réitération à la suite d'une réorientation aux SAU aboutit à des centaines de morts par an.
- 10 . Le Breton D., " L'hôpital malade de son inhumanité ", Impact médecin, 8 octobre 1992.
- 11 . Camus A., Dodier N., 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, 141 p. ; Ainsi que la contribution de Katherine Delmas dans ce même numéro : " Les

urgences : la négociation continue " .

12 . Herzlich C., " Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière ", Revue française de sociologie, XIV, n° spécial,. 1973, pp. 41-59.

13 . Bessin M., Lechien M.-H., Soignants et malades incarcérés : conditions, pratiques et usages des soins en prison, CEMS, CES, EHESS, novembre 2000, 415 pages.

14 . Luquel L., Les enjeux professionnels autour de l'accueil de la précarité à l'Assistance Publique de Paris, Mémoire de DEA, Université Paris-Sud, 1995.

15 . Vidal-Naquet P., " Urgence sociale et exclusion. À propos du Samu Social ", communication au colloque Urgence sociale, Direction de l'Action Sociale, Ministère des Affaires Sociales, février 1995.

- [Page précédente](#)
- [Page 1/3](#)
- [Page suivante](#)

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Sommaire