

« L'Accueil de Première Ligne » au CHU St-Pierre

Mathieu Hardy, *La pluriculturalité en milieu clinique :
observation au service des urgences*

cf. aussi J. Peneff, *L'hôpital en urgence*, Paris,
Métailié, 1992 ; J. Peneff, *Les malades des
urgences*, Paris, Métailié, 2000

1. Un public très divers

- 15 % de « vraies urgences » (cf. Peneff)
- patients admis « à l'arrière »
- patients refoulés – mais impossibilité de refuser l'entrée

2 dernières catégories :

- très divers
- phénomène assez récent
- en pleine augmentation : 70.000 en 2005, 77.000 en 2008...

création en 2001-2003 de l' « Accueil de Première Ligne » (le « Tri »)

- situation antérieure
- binôme infirmier / médecin
- durée d'attente : de 4-5 h. < 1 h., satisfaction générale
- mais pas d'effet sur l'augmentation des patients

2. Le mythe et la culture de l'urgence

M-C. Pouchelle (chirurgie et réanimation) :

« [...] dans ces services encore plus que dans les autres secteurs des hôpitaux et du système de santé, sont agissantes les métaphores militaires et les valeurs d'héroïsme caractéristiques non seulement des guerriers mais aussi des martyrs. C'est l'imaginaire de la guerre et du combat qui sous-tend quotidiennement la relation entretenue avec la maladie et la thérapeutique. Il a pour corollaire de très fortes solidarités internes des équipes médico-soignantes et, au moins dans certains cas, un relatif brouillage de la distance hiérarchique entre médecins et infirmiers. [...] [quant à ceux que l'on soigne] on attend d'eux qu'ils se battent [...], pas question pour eux de se « laisser aller ». La seule posture valorisée chez le malade, c'est la maîtrise de soi, qui est la condition nécessaire de son obéissance exigée (on dit maintenant pudiquement de sa coopération) » (Pouchelle 2003:102)

A Saint-Pierre : le plan catastrophe s'appelle le « plan Cata », les « déploiements » sont organisés par « phases », les mises en alerte s'appellent « MASH »...

tout un vocabulaire militaire, tout un brouillage hiérarchique, toute une valorisation de l'aspect technique et de l'efficacité directe

Problème : et les patients ?

M-C. Pouchelle, L'hôpital corps et âme. Essais d'anthropologie hospitalière, Paris, Seli Arslan, 2003

3. entrer dans des bulles

Quatre régions :

- la salle d'attente
 - absence de personnel soignant
 - mais peut à tout moment ouvrir la porte
 - l'acteur ne peut pas tout à fait se détendre, abandonner la façade
- la pièce de consultation
 - la plus importante partie de la venue aux urgences
 - justification de sa présence, d'abord avec l'infirmier, puis avec le médecin
- le couloir principal (« à l'arrière »)
 - comme la salle d'attente, mais avec encore moins d'enjeux
 - mais aussi changements de statut
- l'extérieur du bâtiment
 - scène postérieure : peu de représentations, cigarettes, téléphones...

dans les groupes, tendance à se mettre en scène dans tout le service, relation triangulaire avec le personnel soignant, situations plus tendues, violences verbales et physiques...

4. ...et communiquer

- Salle d'attente :
 - les patients extériorisent leur douleur quand l'infirmier les appelle
 - très bref, mais crucial
 - pas de communication avec « des » soignants, mais avec « son » soignant
- Box de consultation
 - Attitudes très différentes
 - avec l'infirmier : communication physique, peu verbale
 - avec le médecin : communication plus verbale, plus calme
 - avec l'étudiant : pas du tout sous leur jour de patients (surtout après avoir été examinés)
 - Diagnostic décevant souvent conflit
 - soit demande une méthode diagnostique non encore utilisée
 - soit quitte le médecin fâché
 - (dans les 2 cas, chances quasi-nulles de se faire réexaminer)
- L'extérieur
 - Très peu de présentation et de mise en scène, même en présence de personnel soignant
 - Parce que ces soignants ne sont pas « leurs » soignants ?

5. Les cas non typiques

- Les accidents de travail nécessitant des soins
- Les visites préventives pour accident de travail
- Les malades contre leur gré
- Les femmes enceintes
- Les malades jugés inaptes à prendre soin d'eux-mêmes
- La demande de certificat
- La recherche du gîte et du couvert

tri entre ceux qui restent devant et ceux qui passent à l'arrière

mais tous sont vus : celui qui se fait soigner aux urgences comme celui qui doit trouver une autre option de soins (après consultation du médecin)

6. Douleur et représentations

Task-force Douleur :

- pour les adultes échelle de 1 à 10, pour les enfants 5 visages passant de la grimace au sourire
- Abandonné pour les adultes, parce que (fausses justifications) « trop haut turn-over, problèmes de communication verbale, et problème culturel d'expression de la douleur »

Mais alors, pourquoi conservé pour les enfants ?

doute systématique

Stéréotypes (d'opinion, sans réelle traduction dans les actes médicaux)

Ex : (surtout infirmiers) les « cas psy », le racisme, les traitements inutiles

Conclusion

Un compromis (aveugle) entre

- ce que le personnel voudrait qu'il soit – un tri permettant aux urgentistes de pratiquer uniquement des actes techniques et urgents, avec « mesure d'une douleur déshabillée de ses contenus sociaux, culturels et conjoncturels, et observable « en dehors » du patient ».
- ce que les patients en attendent – une consultation ou un dispensaire toujours ouvert