

**La communication aux urgences :**  
**Au-delà de l'échange d'informations**

Université de Marne-la-Vallée, en partenariat avec le CFCPH de l'AP-HP,  
Master 1 de philosophie pratique, mention éthique médicale et hospitalière

Responsable pédagogique : M. Eric Fiat

Le Gouellec Anne

Septembre 2008

**La communication aux urgences :  
Au-delà de l'échange d'informations**

Université de Marne-la-Vallée, en partenariat avec le CFCPH de l'AP-HP,  
Master 1 de philosophie pratique, mention éthique médicale et hospitalière

Responsable pédagogique : M. Eric Fiat

Le Gouellec Anne

« ‘S’il y a des choses qui dépendent de nous, il y en a aussi qui n’en dépendent pas.’<sup>1</sup> Par sa manière d’être en urgence, l’homme s’efforce qu’elles en dépendent. Voilà une bonne raison de chercher à voir clair sur l’urgence ; puisqu’il faut dénouer l’écheveau qui, souvent, s’enchaîne en un éclair ; un peu d’allongement aussi. »<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup>. Epictète, *Entretiens*, livre I, dans *Les Stoïciens*, Paris, Gallimard, 1962, p.808.

<sup>2</sup>. Didier Houssin, *Maintenant ou trop tard, Sur le phénomène de l’urgence*, Paris, Denoël, 2003, p.11.

## SOMMAIRE

Introduction	p. 7
Problématique	p. 13
Annonce du plan	p. 14
Chapitre premier : <i>Le cadre des échanges</i>	p. 15
1. Les données qui s'échangent aux urgences	p. 16
a. La définition du terme de « données »	p. 16
b. Le circuit des données	p. 18
c. Les données circulant entre soignant et soigné	p. 22
d. Les données circulant entre soignants	p. 23
2. Les bases de la communication	p. 24
a. La communication verbale	p. 25
b. L'analyse du message : du verbal au non verbal	p. 27
c. Les éléments facilitant l'entrée en relation	p. 28
d. L'accusé-réception	p. 31

- 3. Lien entre satisfaction et la qualité de communication p. 32
  - a. Présentation de l'enquête p. 32
  - b. De l'évolution de la société... p. 34
  - c. ...A la reconnaissance en tant que sujet en demande p. 35

Deuxième chapitre : *Particularités des urgences* p. 37

- 1. Le choix et la pluridisciplinarité p. 38
  - a. L'absence de choix et le défaut de reconnaissance p. 38
  - b. La pluridisciplinarité p. 42
  - c. L'analyse du silence p. 43
  
- 2. Le rapport au temps p. 45
  - a. Définition et étymologie p. 45
  - b. La pratique du temps pour les professionnels p. 48
  - c. L'éprouvé du temps pour le patient p. 50
  
- 3. La dimension du souci p. 55
  - a. De l'anxiété lié au problème médical... p. 55
  - b. ...A l'angoisse ontologique rendant vulnérable p. 56
  - c. De l'allégorie du souci aux mécanismes de défense p. 59

Troisième chapitre : <i>Pistes complémentaires envisageable</i>	p. 63
1. Par l'autonomisation	p. 64
a. Définition de l'autonomie	p. 65
b. J-J. Rousseau et l'autonomie	p. 67
c. L'autonomie selon E. Kant	p. 70
2. Par la responsabilisation	p. 73
a. Définition de la responsabilité	p. 73
b. La responsabilité pour autrui d'après E. Levinas	p. 75
3. D'une certaine aporie à une juste mesure	p. 77
a. Mise en place de l'aporie	p. 77
b. Le concept de bien chez Aristote	p. 79
c. La vertu comme juste mesure	p. 81
Conclusion	p. 84
Bibliographie	p. 86

## INTRODUCTION

Depuis leur création au milieu des années soixante, les services d'accueil des urgences ont connu une croissance soutenue et régulière de leur activité. En 2000, ces services ont enregistré treize millions de passages contre sept millions deux en 1990<sup>3</sup>. Cette évolution indique que de nouvelles fonctions sont assumées par les urgences : développement d'un mode d'accès spécifique aux soins hospitaliers, réponse à des besoins non satisfaits, notamment pour la prise en charge des populations à faible niveau de ressources, substitution partielle à la médecine de ville. Ainsi, les motifs de fréquentation évoqués par les patients vont du souhait de bénéficier du support d'un plateau technique à la gratuité apparente des soins offerts par l'hôpital, en passant par la méconnaissance des possibilités offertes par la médecine libérale. Ces services sont donc en première ligne du système de soins. A l'interface entre la ville et l'hôpital, entre les biens portants et les malades, entre la médecine générale et les spécialités, les services d'urgence sont un lieu de recours pour tous les membres de la cité. Pourtant les urgences n'ont pas toujours fonctionné sous la forme que nous connaissons aujourd'hui. Autrefois parent pauvre de la médecine, ce n'est qu'en 1988 puis 1993 que le rapport fondateur du professeur A. Steg, chirurgien chef de service à l'AP-HP voit le jour<sup>4</sup>.

Ce rapport élaboré à la demande du conseil économique et social donne la première analyse lucide des dysfonctionnements des urgences. Il est remis aux ministres des affaires sociales et de la santé. Concernant la médicalisation des

---

<sup>3</sup>. La vie hospitalière (1970-2005), les urgences médicales, <http://www.vie-publique.fr>.

<sup>4</sup>. Rapport sur la médicalisation des urgences, commission nationale de restructuration des urgences, Pr Adolphe Steg, 23 septembre 1993.

urgences, ce rapport met en lumière la sous médicalisation de ces structures et pousse les autorités à améliorer l'organisation générale de ces services. En effet, le texte souligne que la médecine d'urgence réunit en elle le maximum de difficultés, en raison de la grande diversité des situations pathologiques qu'on y rencontre, du contexte psychologique particulier dans lequel elle se présente, de la nécessaire rapidité des décisions à prendre et dans le même temps il rappelle que jusqu'alors le fonctionnement des urgences repose notamment en grande partie sur des internes. Il met en avant la lourdeur excessive des responsabilités qui leur sont abusivement confiées et souligne que dans la plupart des hôpitaux, le premier niveau d'accueil médical aux urgences est assuré par des étudiants, souvent livrés à eux-mêmes. Quels que soient leurs qualités et leur dévouement, ils sont souvent amenés à prendre des décisions au dessus de leur compétence. Il existe alors de nombreux problèmes organisationnels à résoudre, autres que ceux liés à la communication entre les différents protagonistes.

Suite à ce rapport et dans le but d'une amélioration de la prise en charge des patients et de l'organisation des urgences passant par une responsabilisation avec une claire définition du rôle de chacun, le sénior, médecin thésé formé à l'urgence et jugé apte par le chef de service à assurer les fonctions qui lui sont confiées, va faire son apparition. Toute décision médicale doit passer par lui. L'organisation médicale n'a, depuis jusqu'à ce jour, de cesse de s'étayer : une spécialité de médecine d'urgence a été créée donnant aux médecins ayant fait le choix des urgences une vraie existence propre au sein de l'hôpital et une réelle revalorisation.

Les services d'urgences quand à eux, s'autonomisent et s'organisent, acquérant une réalité alors qu'avant, ils n'étaient pas nécessairement, loin s'en faut, un vrai service, c'est-à-dire une unité autonome avec un chef de service et une équipe adéquate consacrant la totalité de leur activité sur place, dans des locaux bien individualisés, ayant une personnalité administrative bien affirmée et comportant des responsabilités bien établies. Très souvent, le « service d'urgence » n'était en fait que l'appendice, l'annexe lointaine de quelque chose d'autre (un autre service) ou de quelqu'un d'autre (un autre chef de service), avec

une structure floue ou l'autorité s'exerce à distance et où la répartition des responsabilités est souvent diffuse et confuse. « Si malgré un système si défaillant, le fonctionnement de ces unités n'est alors pas trop désorganisé, cela tient au rôle prépondérant que jouent, dans beaucoup de ces unités, les anesthésistes-réanimateurs qui eux, sont sur place. Cela tient encore plus à la qualité du personnel paramédical qui très souvent assure la gestion du service. Ce sont les infirmières qui, par leur dévouement, leur esprit d'initiative, leur douce autorité, pallient les faiblesses de l'organisation »<sup>5</sup>. Ce sont elles qui veillent à ce que le tableau de garde soit respecté, ce sont elles qui se débattent- le mot n'est pas excessif- pour faire le siège de l'interne occupé ailleurs, trouver un lit dans un service ou un autre établissement, organiser un transfert, orienter une personne âgée et, dans le même temps, informer les familles inquiètes et impatientes.

Ceci permet de faire un lien avec l'histoire de la profession d'infirmière et d'en voir les spécificités aux urgences. En effet, si la profession du prendre soin est le plus vieux métier du monde, elle était avant tout liée au modèle religieux liant abnégation et dévouement. Après les sœurs, il y eut des laïcs sans aucune éducation particulière et à force de volonté une professionnalisation voit le jour donnant à cette profession un vrai statut et de vrais enjeux. La relation de dépendance très forte à la médecine faisant des infirmières des exécutantes et requérant soumission et obéissance va peu à peu subir des modifications entraînant une autonomisation et une responsabilisation notamment avec l'apparition d'un rôle propre indépendant du rôle sur prescription médicale en 1978<sup>6</sup>. L'infirmière devient un partenaire de soin à l'interface entre les différents acteurs. Cette possible autonomie prend toute sa mesure aux urgences, même s'il ne s'agit pas d'une spécialité paramédicale. Il n'en reste pas moins que certains points peuvent être encore améliorés pour une prise en charge plus fluide : notamment la circulation des informations entre les soignants et la personne

---

<sup>5</sup>. Rapport sur la médicalisation des urgences, *op.cit.*

<sup>6</sup>. Loi n°78-615 du 31 Mai 1978 modifiant le Code de la Santé publique relatif à la profession d'infirmier ou d'infirmière et relatif à l'exercice illégal de la profession de médecin.

soignée mais aussi entre soignants doit être travaillée. Tous, nous sommes appelés à travailler de concert pour recueillir et mutualiser les informations dans le but de prendre des décisions concertées et de donner du sens au soin. Nous pouvons alors faire une réalité dans notre pratique professionnelle de cette autonomie et de cette responsabilité vis-à-vis des personnes venant consulter aux urgences.

Nous allons voir qu'en médecine d'urgence, les problèmes éthiques acquièrent une acuité particulière. La complexité du travail sollicite une équipe solidaire et responsable, mais n'empêche pas tout risque de perte d'information et de dilution de la responsabilité. Tout d'abord, cette place des services d'urgence entraîne non seulement des interrogations éthiques spécifiques mais confère aux urgentistes, une responsabilité primordiale dans l'identification et la mise en route d'une démarche éthique lors de la prise en charge de certains malades. Jusqu'à présent trop peu de travaux ont été consacrés aux problèmes d'éthique en médecine d'urgence. Pourtant, les caractéristiques de celle-ci expliquent la nécessité d'une réflexion propre à cette discipline : il s'agit d'une discipline transversale qui ne raisonne ni par organe ni par système ni par classe d'âge. Elle prend en compte la globalité d'une personne dans sa dimension somatique, psychique, spirituelle, culturelle et sociale. Ce n'est pas une discipline fermée en ce sens qu'elle coordonne toutes les spécialités utiles autour du patient. Les urgences sont au centre de nombreux réseaux de soins venant de l'extérieur et de l'intérieur de l'hôpital. Ainsi, plus que toute autre discipline, la médecine d'urgence fait appel à des compétences issues de catégories professionnelles variées. Les praticiens qui l'exercent agissent ponctuellement et disposent d'un temps limité pour prendre une décision qui peut être lourde de conséquences pour le patient. Ils doivent se focaliser sur l'essentiel, agir vite, apprendre à gérer concomitamment plusieurs démarches de soins, à conjoindre les étapes diagnostique et thérapeutique. De plus, l'urgence surprend le patient en faisant irruption dans sa vie et fait s'écrouler ses repères habituels. Elle suscite l'angoisse et la peur.

Une démarche éthique intègre nécessairement les valeurs de la société, de l'équipe pluridisciplinaire et du patient, tout en se soumettant à un nombre

particulièrement élevé d'exigences et de contraintes : un flux permanent de patients, une disponibilité limitée en lits d'hospitalisation, une accessibilité variée aux spécialistes et au plateau technique, des situations médico-légales variées (agressions, refus de soins, hospitalisation sous contrainte), une forte charge émotionnelle, la grande vulnérabilité des patients. La crainte de poursuites, le travail à vue et sous le regard des autres, le stress, la gestion d'un grand nombre d'informations, le rapport particulier au temps sont autant d'éléments très spécifiques aux urgences avec lesquels il faut apprendre à composer. Il est aussi à souligner que dans le cadre de l'urgence, le libre choix de l'équipe d'une part et du patient d'autre part sont difficilement respectés : le malade ne choisit pas son service d'urgence ; parallèlement, les soignants ont le devoir de prendre en charge toute personne se présentant en urgence.

Dans le cadre des urgences, il existe une difficulté inhérente à l'identification du problème éthique car le refuge dans l'acte technique permet souvent de masquer l'absence de volonté ou l'incapacité à reconnaître une situation qui nécessiterait une réflexion morale. L'urgence du faire occulte la dimension éthique de la situation et le risque est alors de laisser la technique acquérir le statut d'unique référence partagée et comprise par tous. Elle devient alors un moyen d'unification du groupe de professionnels. Cet état d'esprit peut encore être accentué par le fait que les médecins urgentistes et les paramédicaux sont fréquemment jeunes et préoccupés par le désir d'acquérir des réflexes et des techniques. De plus, des professionnels de catégories médicales et paramédicales très variées concourent nécessairement à la prise en charge des patients en urgence. Provenant d'horizons très différents avec des intérêts dissemblables, cela augmente l'hétérogénéité de leurs réactions. La dispersion des avis risque d'entraîner une dispersion des responsabilités, qui participe à la difficulté d'identification et de résolution des problèmes éthiques. Le fait de sous estimer l'impact des difficultés à communiquer et à se comprendre peut alors majorer les résistances.

La dimension éthique de la communication visant avant tout à restituer un sens à l'agir médical, semble devoir passer par l'échange des informations

entre les différents intervenants du soin aux urgences afin de redonner une place de sujet à part entière à la personne soignée. Nous pouvons restreindre notre étude à l'influence de l'échange des informations entre le patient et les professionnels d'une part et entre les différents professionnels d'autre part, au profit d'une meilleure prise en charge relationnelle du patient qui influence l'ensemble de son passage dans le service.

Notons que ces échanges sont à définir en marge du secret médical, sujet beaucoup traité et documenté, et en marge aussi du devoir d'information au patient inhérent à tout acte médical ou paramédical. Nous nous attachons ici à l'importance de la circulation des informations entre le patient et les professionnels mais aussi entre professionnels en analysant les répercussions que cela comporte dans l'établissement de la relation de soin et pour l'ensemble des soins.

## **PROBLEMATIQUE :**

En quoi la circulation des données par la communication entre les différents intervenants influence-t-elle la qualité des soins auprès des patients aux urgences ? Ce qui aura pour conséquence de chercher à savoir comment travailler l'échange entre les différents acteurs des urgences pour améliorer le soin auprès des patients ?

## **ANNONCE DU PLAN :**

Afin de nous pencher sur la dimension éthique des relations qui s'établissent entre soignants et soignés nous allons dans un premier temps analyser ce que recouvre le terme de « données ». Nous verrons quelles sont les types de données qui s'échangent aux urgences, l'objectif recherché et le circuit de celles-ci. Comprenant les enjeux de la circulation des informations nous analyserons des bases de la communication interpersonnelle et les éléments facilitant l'entrée en relation. Enfin, par l'analyse d'une enquête nous en viendront à l'importance d'une communication réfléchie au sein du service comme étant un des éléments de satisfaction pour les patients et à la nécessité d'approfondir ce travail sur les échanges au-delà du simple transfert d'informations.

Dans un second temps, nous serons donc amenés à réfléchir sur les particularités des urgences et sur leurs retentissements éventuels sur l'établissement du contact et de la relation soignant/soigné. Nous analyserons notamment la question du choix et la pluridisciplinarité inhérente au service des urgences puis nous nous penchons sur le rapport si particulier au temps aux urgences et ses répercussions sur la réactivité des soignants et le ressenti des patients. Nous en viendront alors à l'analyse plus fine de la dimension du souci.

L'aboutissement de ces recherches nous amènera dans un troisième temps à réfléchir sur les pistes envisageables aux urgences pour répondre de manière plus adaptée aux spécificités du service et améliorer la qualité des soins par une communication plus réfléchie. Nous mettrons en lumière la nécessité d'autonomie dans nos pratiques pour apporter de la souplesse dans la relation en complément des outils procéduraux et nous aborderons la responsabilité pour autrui qui nous incombe dans la relation à l'autre. Nous verrons l'importance, malgré les limites, de travailler pour améliorer nos soins relationnels.

## Chapitre premier :

### *Le cadre des échanges*

Afin d'aborder la circulation des informations entre les différents intervenants des urgences nous allons dans un premier temps cerner le cadre dans lequel s'effectuent ces échanges entre la personne en demande de soin et le personnel des urgences mais aussi entre professionnels.

Pour ce faire, nous allons voir dans un premier temps ce que nous entendons par données et leur importance comme bases utiles et nécessaires à toute de prise en charge aux urgences. Nous détaillerons ce terme de données ainsi que la multiplicité des informations qu'il recouvre en amont et en aval de la décision médicale.

Nous verrons ensuite que ce besoin d'informations peut être assouvi par la communication. Nous aborderons alors les règles élémentaires de la communication interpersonnelle : la communication verbale mais aussi non verbale. Nous verrons aussi que certaines informations peuvent être transmises par écrit. Ces bases servent alors de cadre à tous les protagonistes permettant la circulation des données entre soignant et soigné et entre soignants.

Nous verrons enfin que des échanges de bonne qualité peuvent constituer à eux seuls un élément de satisfaction dans sa consultation aux urgences à partir de l'analyse d'une étude. Ce constat nous permettra de comprendre que derrière les éléments purement factuels qui s'échangent, des éléments moins objectifs doivent aussi se jouer. Ce constat nous amènera à envisager l'intérêt de travailler la dimension éthique de la relation à l'autre dans les soins au-delà du simple transfert d'informations.

## **1. Les données qui s'échangent aux urgences**

Afin de mieux cerner ce que recouvre ce terme de « données » et l'importance de celles-ci dans le cadre des urgences, nous allons tout d'abord le définir et en lister les différents types. Puis nous analyserons les données qui s'échangent entre soignants et soignés aux différentes étapes de la prise en charge de manière ascendante lors du recueil d'informations et de manière descendante lors de la redistribution des informations. Nous aborderons les progrès constants apportés pour accéder à des recueils de données les plus exhaustifs et précis possibles par le recours à des procédures standardisées. Enfin nous analyserons les données devant nécessairement circuler entre soignants pour une prise en charge cohérente de la personne et les outils que nous possédons afin d'y parvenir.

### **a. La définition du terme de « données »**

Afin de cerner ce que recouvre le terme de données, nous allons dans un premier temps le définir d'après un dictionnaire de philosophie. Les données sont définies comme « tout problème, au sens le plus large du mot, étant constitué par un certain nombre d'assomptions qui le définissent, et qui par conséquent ne peuvent être mises en doute au cours de la discussion sans engendrer un problème nouveau, ces assomptions reçoivent le nom de

données. »<sup>7</sup>. Nous pouvons donc voir les données comme des informations que l'on considère comme des bases que l'on se donne comme hypothèses de travail. Elles nous servent de point de départ à partir desquelles il va falloir travailler. Dans le contexte qui nous intéresse, ce sont des éléments de base pour résoudre le problème. Ces données nous sont fournies comme nous le détaillerons plus longuement ensuite, en bonne partie, par la personne elle-même lorsqu'elle se présente aux urgences pour consulter. Celle-ci est détentrice d'un certains nombres d'assomptions qu'elle nous demande d'assumer, de prendre en charge. Il s'agit alors de recueillir ces informations en les intégrant au titre d'hypothèses de réflexion définissant le contour du problème à résoudre.

Il est important de souligner qu'elles sont reçues a priori pour véridiques car la mise en doute de celles-ci induirait alors inévitablement un autre problème. Ce dictionnaire de philosophie apporte d'ailleurs une précision en ce domaine en soulignant qu' « en particulier, on appelle données d'une science ou d'une recherche expérimentale les faits et les principes indiscutés qui leur servent de point de départ »<sup>8</sup>. En ce qui concerne les sciences exactes, nous voyons bien ce que le terme de principe recouvre. Si l'on se place dans le domaine de la science médicale, on pourrait, par extension, estimer que les données recueillies auprès du consultant sont des faits qui servent de point de départ à la réflexion médicale. Bien sûr, en ce qui concerne la médecine, les choses sont à prendre avec précautions du fait qu'il s'agisse d'une science du vivant soumise aux fluctuations mêmes de l'humanité. Plus que des faits et des principes indiscutés, il s'agit ici de recueillir une somme d'informations sur les symptômes décrits notamment. Ceux-ci servent de point de départ à la démarche diagnostique.

Les données sont enfin définies comme « l'ensemble de tout ce qui est nécessaire à résoudre un problème, ou à répondre à une question, aussi bien les conditions particulières qui en constituent l'énoncé que les principes généraux

---

<sup>7</sup>. André Lalande, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, PUF, quadriges, 2006, p. 248.

<sup>8</sup>. *Idem*, p. 248.

d'après lesquels cet énoncé détermine une certaine solution »<sup>9</sup>. Ainsi les données vont être multiples, imbriquées, difficiles à mettre à jour parfois du fait que tout n'est pas exprimé verbalement, mais nous comprenons que c'est l'ensemble de celles-ci qui sont nécessaires et suffisantes à résoudre le problème ou répondre à la question posée par le patient. Il est question ici des conditions particulières qui en constitue l'énoncé : ces particularités interindividuelles prennent tout leurs sens lorsqu'il s'agit de données concernant l'état de santé d'un homme soumis à un environnement : le contexte social, culturel, familial n'est jamais le même d'un individu à l'autre. Il faut donc être particulièrement vigilant pour prendre en compte ces variabilités interindividuelles infinies. Les principes généraux restent ceux de la médecine dans notre cas. Ceux-ci vont permettre à partir des éléments qui nous sont soumis, d'apporter une solution au problème posé et par la même de répondre aux attentes du patient (nous y reviendrons dans la seconde partie).

### **b. Le circuit des données**

La récolte des données aux urgences n'a cessé d'évoluer pour tendre à un maximum d'exhaustivité, le but étant de ne rien laisser au hasard. Ainsi, d'une organisation trop peu encadrée lors de leur création, comme nous l'avons souligné dans notre introduction, les services d'urgence n'ont cessé de développer l'organisation et le circuit du patient jusqu'à ce que nous connaissons actuellement de l'accueil. A ce jour, la récolte des données est très structurée, ce qui permet de recueillir de manière de plus en plus précise les informations utiles à la prise en charge médicale. Ce recueil est progressif et porté par différents protagonistes au fur et à mesure de leurs interventions auprès du patient.

---

<sup>9</sup>. *Ibidem*, p. 249.

La réception des informations concernant le patient commence à la borne d'accueil par un aide soignant. De nombreuses informations sont à lister : des informations administratives et sociales telles que le lieu de vie, la couverture sociale, les ressources familiales avec la personne à prévenir, la personne accompagnante si elle est présente, le réseau de soin (médecin traitant, courrier éventuel, suivi éventuel par un spécialiste de l'hôpital), moyen d'arrivée (pompiers, ambulance, propres moyens...), le contexte de la venue (accident de travail, accident de la voie publique...). Cette première prise de contact peut être vue comme doublement indispensable par la somme importante d'informations qui sont recueillies dans ce premier échange mais aussi par la relation qui s'instaure dès lors (nous verrons donc l'importance de ne pas se limiter au simple recueil d'informations). De manière pragmatique, des premiers facteurs de gravité peuvent dès lors orienter la prise en charge.

Le second contact est assuré par l'infirmier d'accueil et d'orientation. Celui-ci va recevoir la personne dans une pièce spécifique dédiée à cet entretien qui a pour but de déterminer le motif de consultation à partir des différents éléments recueillis. Cette étape est primordiale par la somme importante des informations qui sont alors accessibles. Cet entretien comporte le récit de la personne par des questions ouvertes dans un premier temps, puis des questions plus ciblées. Ce recueil passe aussi par la prise de différents paramètres à ajuster en fonction du motif de consultation, par l'observation de ce que la personne donne à voir. Cette phase du recueil est très codifiée et soumise à un temps bref. Les procédures de recueil de données sont de plus en plus standardisées afin de trier les informations utiles à la prise de décision médicale en faisant appel à des connaissances théoriques car cet entretien vise aussi à déterminer le degré d'urgence.

La relation qui se met en place lors de ce temps de parole est alors tenue du fait de la contrainte temporelle mais elle doit permettre au professionnel de se présenter lui-même ainsi que sa fonction et son rôle. Des explications concernant le fonctionnement général du service de manière succincte sont livrées pour diminuer la frustration de l'attente.

Ensuite, après un temps plus ou moins long d'attente, la personne est installée dans une salle de consultation afin de voir le médecin. Celui-ci procède à un entretien médical et à un examen clinique en partant des différents éléments collectés jusque là. Il est ensuite souvent utile de faire appel à d'autres intervenants pour obtenir d'autres informations : des spécialistes sont contactés pour donner des avis, le médecin traitant est joint afin d'obtenir des précisions importantes sur les antécédents, les traitements en cours. Des examens para cliniques tels que biologiques, radiologiques sont parfois nécessaires. Tout ceci met en jeu d'autres professionnels en vue de poser une hypothèse diagnostique et d'adapter un traitement si besoin.

Le personnel paramédical des urgences constitue alors un groupe d'interlocuteurs privilégiés lors des soins : chacun devient dépositaire d'informations complémentaires qu'il faut mutualiser verbalement mais aussi retranscrire par écrit sur un support informatique. Par exemple, lorsqu'un proche se présente, cela peut être l'occasion d'obtenir des indices nouveaux utiles à la prise en charge notamment pour les personnes âgées.

Lors de la phase descendante d'utilisation des données nous pouvons aussi mettre à jour l'importance d'une certaine forme de standardisation de celle-ci. La science a désormais de nombreuses ressources dont la médecine s'est emparée pour une précision toujours plus fine dans la décision médicale. En effet, à l'heure actuelle, les énormes progrès scientifiques et techniques appliqués à la médecine permettent l'accès à un arsenal de plus en plus varié pour orienter le diagnostique, évaluer l'efficacité des traitements... Il est indéniable que tous ces nouveaux outils sont la source d'une amélioration des prises en charge considérable mais le risque est dès lors de donner plus la parole aux chiffres qu'aux mots et aux maux exprimés par la personne.

De plus, ces données chiffrées une fois connues par la biologie notamment ouvrent la voie à une réflexion très dirigée par un certain nombre d'arbres décisionnels. Le chiffre tient lieu d'évidence ne pouvant être remis en

cause, et, lorsqu'il survient l'engrenage du raisonnement se met en marche ouvrant et fermant les portes menant aux différentes branches de ces arbres. L'extrémité de la plus petite des branches atteinte, la bonne décision médicale s'impose alors d'elle-même. S'en suit la mise en place de protocoles, de procédures et de conduite à tenir dans tel ou tel cas pour uniformiser les prises en charge. L'appui de la science apporte une légitimité aux soins prescrits mais le risque est que la personne ne comprenne pas le lien entre ce pourquoi elle vient consulter et la réponse qui lui est donnée. Cela est accentué par le fait que la circulation d'informations chiffrées est moins compréhensible par tous que les mots, rendant le fossé encore plus grand et moins facile à franchir entre ceux qui sont initiés, qui ont le savoir, et les autres. Lorsque les chiffres ont parlé, le cas à traiter devient lucide et à la limite, le risque est de ne pas percevoir ce qu'il y a de plus à expliquer. La solution de facilité protocolaire fait passer la communication au second plan.

Pourtant, il reste nécessaire que les données soient redistribuées à la fois aux soignants et à la personne soignée. Le but étant pour les uns de donner du sens à leurs gestes techniques soignants, d'avoir une bonne détermination dans ceux-ci, et pour l'autre d'avoir une bonne adhésion au traitement car celui-ci est accompagné de mots et compris.

Ce circuit standardisé des données a fait ses preuves et n'est plus à remettre en question car il permet par une uniformisation des prises en charge d'améliorer sans aucun doute la qualité des soins rendus aux personnes venant consulter. Nous en verrons pourtant les limites dans une certaine mesure.

### **c. Les données circulant entre soignants et soignés**

Nous allons déterminer plus particulièrement l'importance de la circulation des données qui s'échangent entre soignants et soignés aux urgences. Nous avons déjà cerné l'importance de recueillir des informations pour débiter la prise en charge et, pour nous professionnels, les données qui vont être nécessaires sont de différents ordres. Tout d'abord les données que nous nommons médicales sont à lister. Ce sont les symptômes dont la personne se plaint ou qu'elle décrit en exprimant verbalement ce qu'elle ressent. De plus, un certain nombre de valeurs sont accessibles par la prise des constantes : tension artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, saturation du sang en oxygène, température, évaluation verbale de la douleur par des échelles... Ce sont aussi les éléments qui sont accessibles au regard du professionnel, ce que la personne donne à voir : position antalgique ou faciès algique, coloration des conjonctives, présentation générale, agitation psychomotrice... L'observation est alors très importante et chacun doit adopter un regard professionnel c'est-à-dire rechercher des signes visibles utiles.

Au-delà de ces éléments médicaux, d'autres informations vont être nécessaires à la prise en charge. Le contexte de la consultation est à rechercher : accidentel, adressé par un médecin traitant. Ce contexte peut être rassurant ou vecteur d'angoisse quand il s'agit d'un transfert rapide effectué en urgence suite à un accident. La détermination de la présence de l'entourage, d'un accompagnant, d'une personne à prévenir est essentielle car il s'agit de personnes ressources auxquelles nous pouvons faire appel en cas de besoin. De plus, le défaut de lien social peut constituer en soi une demande de la part de la personne venant consulter. Il s'agit souvent d'un facteur majorant le stress et l'angoisse. En outre, la personne patientant seule en salle d'attente doit être surveillée avec d'autant plus d'acuité qu'il n'y a pas d'observateur extérieur. Le temps d'attente lui semblera aussi d'autant plus long. La connaissance d'un médecin traitant, d'un spécialiste est à rechercher comme personne ressource pour le médecin dans sa

prise de décision. La situation sociale, familiale sert une fois encore à mieux cerner le patient. Cela permet de mieux comprendre dans quelle situation se trouve la personne et de mieux concevoir ses attentes probables.

De plus, tout au long de la prise en charge, notre rôle est aussi de faire redescendre les informations dont nous disposons. Les soignants sont donc impliqués à chaque étape vis-à-vis du patient et pas seulement à l'arrivée de celui-ci lors du recueil de données. Les données médicales dont nous disposons par nos connaissances théoriques, par ce qui nous est transmis par les autres protagonistes : nous en sommes dépositaires et nous devons les transmettre et les expliquer à la personne. Notamment l'explication de l'intérêt d'un examen, d'un soin, d'une précaution à prendre. Par exemple, une personne ayant une suspicion de phlébite et ne devant pas se lever avant la levée du doute par la récupération des résultats d'examens doit être informée. Il est de notre rôle de lui transmettre ces données. La circulation des données du soigné au soignant mais aussi du soignant au soigné est donc nécessaire à toutes les étapes de la consultation. Il nous faut donc rester vigilant lors des différentes phases de la consultation aux urgences à ces transferts d'informations. De plus, au-delà de la relation entre soignant et soigné, la relation entre soignants mérite aussi que l'on s'y attarde.

#### **d. Les données circulant entre soignants**

Au même titre que les données à partager sont diverses, les intervenants auxquels la personne consultante va avoir à faire sont aussi multiples. Ces données qui circulent entre le soigné et le soignant vont aussi nécessairement devoir circuler entre les différents intervenants des urgences : aides-soignants, infirmiers, médecins mais aussi assistante sociale, radiologues, biologistes, autres spécialistes... Cette circulation des informations entre individus s'étend donc à un nombre important d'acteurs de soin dans certains cas et se pose alors le problème

de la perte possible des données. Il peut alors être nécessaire de trouver des stratégies afin que les informations ne se perdent pas. Nous avons notamment à notre disposition des supports écrits (informatique) permettant de faire des transmissions écrites sur les éléments dont nous avons connaissance. Pourtant, le recours à l'écrit n'est qu'un outil de plus qui permet de garder une trace des éléments recueillis mais il n'enlève rien à la primauté de la communication orale interindividuelle aux urgences : celle-ci restant la plus fluide et la plus inscrite dans le temps de l'action. Les données se transmettent plus rapidement, livrées en temps réel, elles peuvent être complétées en cas de mauvaise compréhension.

Après avoir mis à jour l'importance incontournable des données utiles aux urgences, leur multiplicité, le nombre important des intervenants mis en jeu en amont et en aval de la décision médicale nous voyons l'importance de réfléchir sur la circulation des celles-ci par l'analyse des éléments de base de la communication interindividuelle.

## **2. Les bases de la communication**

La communication interindividuelle est la voie d'accès privilégiée aux informations et un moyen de faire circuler les données. Afin de mieux cerner notre problématique, nous allons analyser dans un premier temps la communication verbale puis nous nous attacherons à détailler l'importance de l'observation dans la communication non verbale. Nous en arriverons à cerner des éléments permettant de jouer sur l'entrée en relation et nous verrons en quoi l'utilisation de la méthode d'accusé-réception peut permettre d'améliorer la compréhension entre interlocuteurs.

### **a. La communication verbale**

La communication verbale est la voie d'accès la plus aisée à l'information. Elle passe par la parole via le langage. Elle permet donc un échange de mots, elle transmet un message d'un émetteur à un récepteur de manière très schématique.

Afin de rendre compte de la réalité des interactions entre deux personnes qui communiquent verbalement, il nous faut souligner que nous avons à faire à des hommes et que chacun possède son propre système de valeurs. De ce système de valeurs va découler sa manière d'entrer en relation avec l'autre. L'un comme l'autre possède son propre système de références ; c'est à dire des opinions, des idées, des connaissances, des normes et des valeurs propres. Il faut en être conscient car notre propre système de valeurs sert d'arrière plan permanent à tout ce qui est exprimé. En effet, ces valeurs sont des dispositions affectives envers une personne, un objet ou une idéologie. Les valeurs guident notre façon de vivre, notre engagement professionnel. Elles découlent de nos expériences de vie, du milieu au sein duquel nous évoluons. Il serait erroné de dire qu'il a de bonnes et de mauvaises valeurs mais il est important de mettre en œuvre des procédés afin de mieux cerner son propre système de valeurs. La manière dont on considère l'autre va conditionner la communication que l'on aura avec cet autre. Dans la pratique professionnelle, il est donc important d'apprendre à se connaître dans ce domaine et être conscient de ses ressources personnelles et professionnelles car nous sommes acteurs dans la communication verbale : tour à tour émetteurs puis récepteurs dans la circulation des informations lors des différentes phases de la prise en charge.

Lors de la première étape de recueil, nous sommes en premier lieu émetteur de questions afin d'inciter la personne à transmettre un message. Si l'on veut obtenir des informations utilisables, il faut donc s'astreindre à adopter un

vocabulaire accessible ; à la fois clair, précis, concret et spécifique. Il ne s'agit pas seulement de savoir quoi dire mais comment le dire. Constantino Iandolo souligne notamment qu'« en raison de leur niveau socio-culturel peu élevé, de nombreux malades disposent d'un code restreint qui ne leur permet pas de trouver facilement les mots adéquats pour décrire leurs troubles »<sup>10</sup>. Ainsi, si un médecin cultivé possède une langue d'environ 100 000 mots alors qu'un adulte de niveau culturel moyen n'utilise que 30 000 à 60 000 mots, cette difficulté ne peut être surmontée que si le médecin n'emploie que le lexique partagé avec le malade, en évitant systématiquement les mots et tournures du langage scientifique que le patient n'est pas en mesure de comprendre. De plus, le fait de se mettre à niveau de son interlocuteur est en soi un caractère facilitant la relation en écartant toute attitude de domination. Parlant d'égal à égal le patient se sent plus en confiance pour expliciter ce qu'il ressent.

Ensuite, en tant que récepteur, nous sommes amenés à recevoir le discours de la personne consultant aux urgences. Un certain nombre de données nous sont alors accessibles par le message transmis. Cela nécessite une écoute de ce qui nous est transmis dans la communication verbale mais pas seulement. Un certain nombre d'informations vont être observables sans avoir été mises en mots.

---

<sup>10</sup>. Constantino Iandolo, *Guide pratique de la communication avec le patient, techniques, art et erreurs de la communication*, Paris, Masson, Collection médistratégies, 2001, p. 96.

## **b. L'analyse du message : du verbal au non verbal**

Le message qui est transmis comporte deux composantes : le contenu et le sentiment. Pour ce qui est du contenu, il s'agit de la signification mot à mot du message. Il est bien sûr important de tout faire pour être en mesure de comprendre ce premier niveau d'information, notamment, dans la mesure du possible, d'avoir recours à un interprète lorsque cela est nécessaire. De même, certaines pathologies touchent la sphère de la communication (mutisme, dysarthrie...), rendant le langage non efficient.

Mais, au-delà des barrières linguistiques et pathologiques les plus évidentes, il existe de manière plus subtile des parasites à la communication. Ce sont les bruits c'est-à-dire tous les phénomènes qui modifient le sens premier du message sans que cela ne soit voulu par l'émetteur. Il peut s'agir d'une formulation inadéquate ou d'approximation due à une maîtrise insuffisante de la langue comme nous venons de l'aborder : le lexique peut être restreint. Ce sont aussi les filtres car même dans une conversation où l'attention est soutenue, le cerveau effectue des choix à notre insu et oublie pour des raisons complexes de mémoriser telles ou telles données. Les bruits comme les filtres font partie de la communication, le problème étant que dans la plupart des cas nous ne nous en apercevons pas et ils modifient le sens premier du message sans que l'on en ait conscience. Le travail en équipe prend alors tout son sens car si une information n'a pas été retenue dans un premier entretien, l'interlocuteur suivant pourra servir de relais à celle-ci afin qu'elle ne soit pas perdue.

De plus, la deuxième composante du message complexifie encore celui-ci. En effet, le sentiment associé au message est la façon dont le message est livré, particulièrement au niveau du non verbal. En effet, la communication ne se limite pas aux mots qui sont échangés car l'emploi de mots ne suffit généralement pas à exprimer des émotions. Un même contenu peut donc être accompagné de sentiments différents, et présenter un sens très différent du contenu verbal. La communication non verbale occupe donc une place très importante qui nous

pousse à développer une observation clinique particulière aux urgences. Au sein de la communication non verbale nous pouvons voir l'importance de l'expression faciale et gestuelle. Il s'agit d'une communication plus subtile et plus efficace que la communication verbale car elle peut transmettre des intentions que les mots n'arrivent que difficilement à transmettre. Il nous faut donc rester attentif, en tant que professionnels, à ce qui nous est transmis sur ce mode. Tout cela ne reste possible que dans la mesure où l'entrée en relation a pu se faire de manière satisfaisante, ce qui est parfois difficile aux urgences.

Il peut donc être intéressant de mettre à jour certains éléments permettant d'améliorer la prise de contact, ce qui permettra de pouvoir l'appliquer à l'entrée en relation aux urgences entre des personnes qui ne se connaissent pas.

### **c. Les éléments facilitant l'entrée en relation**

Plusieurs éléments vont pouvoir améliorer l'entrée en relation dans le but de permettre l'accès à une communication plus fluide et de faciliter les échanges.

Tout d'abord, en tant que professionnels, le respect et l'authenticité peuvent passer par le mode non verbal. Notamment, le contact des yeux par le regard, peut être très important. Il permet à l'autre de se sentir impliqué personnellement car « regarder longuement une personne signifie que l'on s'intéresse à celle-ci »<sup>11</sup>. Si le professionnel regarde la personne lorsqu'il a posé une question et qu'il en attend la réponse, la personne est d'autant plus poussée à s'exprimer qu'elle sent que le professionnel s'intéresse à elle. Elle se sent incitée à

---

<sup>11</sup>. *Idem*, p.45.

parler, à poursuivre. Sans ce regard intentionnel, elle peut négliger de répondre. Pour celui qui écoute cette réponse, le regard adressé à l'interlocuteur qui parle permet d'obtenir des informations qui complètent les informations auditives : les expressions du visage, les gestes qui commentent et illustrent ce qui est dit. Il faut alors développer son sens de l'observation afin de capter ses sensations associées. Par la suite, lorsque le professionnel prend la parole, regarder son interlocuteur lui permet de recueillir un accusé-réception de chacune de ses expressions verbales.

La distance interpersonnelle joue, elle aussi, un rôle dans les échanges. En 1972, Hall s'intéresse à la distance dans la communication<sup>12</sup> et il distingue quatre distances principales.

Il y a la distance intime, du contact physique à 45 cm. La présence de l'autre s'impose par l'odeur, la chaleur du corps, le rythme de la respiration jusqu'au souffle de son haleine. Il s'agit de la distance entre le personnel soignant et la personne soignée lors d'un soin. Il peut en découler une sensation de d'inconfort ressenti par l'un comme par l'autre. Il peut aussi s'agir d'un moment privilégié de laisser aller à la parole. En tant que professionnel, il est donc nécessaire d'en prendre conscience.

La distance personnelle de 45 cm à 125 cm. Nous avons à ce moment là une bulle protectrice autour de nous pour nous isoler des autres. A cette distance, nous avons une perception très nette de l'autre, de ses caractéristiques physiques et de ses manifestations non verbales. Il s'agit de la distance à laquelle nous nous trouvons lorsque nous discutons au chevet de la personne soignée lors de l'entretien clinique notamment. Il n'est pas nécessaire d'élever la voix, tous les messages non verbaux sont perçus.

---

<sup>12</sup>. E.T. Hall, *Le langage silencieux*, Milan, Mondadori, 1972.

La distance sociale de 1,20 m à 2,10 m. Les détails sont alors de plus en plus difficiles à percevoir mais la vue d'ensemble de la personne soignée est conservée. Il s'agit typiquement de la distance entre la personne couchée et le soignant au pied du brancard. La voix doit alors un peu être forcée, les autres peuvent entendre, ce qui explique que ces échanges seront banals.

Enfin, la distance publique entre 3,60 m et 7,60 m. Ici, la personne soignée étant toujours dans son lit, le soignant se trouve schématiquement dans l'encadrement de la porte. Les signes non verbaux nous échappent, il faut élever le ton de la voix, ce qui implique des échanges forcément courts et des contenus superficiels. De plus, ceci peut aussi être perçu comme un moyen de décourager les échanges prolongés. Une telle situation peut entraîner des confusions : la personne soignée pense que ce qu'elle dit n'est pas important pour le soignant, ou bien encore, que sa demande n'est pas entendue. Cela peut favoriser des stratégies chez le patient pour être entendu telles que les pleurs, les plaintes, les interpellations à l'adresse de chaque professionnel qui passe.

Nous pouvons aussi nous interroger sur la position physique occupée par les personnes en lien avec la distance interpersonnelle. Il est à noter l'importance du contact visuel à même hauteur afin d'éviter une relation dominant/dominé. Ceci souligne donc l'importance de s'asseoir lorsque la personne est elle-même assise ou allongée. Une position confortable, autant que faire se peut, est elle-aussi souhaitable pour favoriser une bonne qualité d'échange.

Enfin, les composantes de la voix semblent aussi avoir une influence sur la communication. Parmi ces éléments, le rythme, le débit et l'articulation choisis peuvent permettre de faciliter les échanges verbaux. Elle fournit parfois des informations qui viennent contredire le verbal. Afin d'essayer d'éviter les fausses interprétations, nous pouvons alors être amenés à utiliser une méthode de reformulation.

#### **d. L'accusé-réception**

Le dernier élément à souligner dans cette recherche d'une meilleure circulation des informations est de faire accusé-réception de ce qui a été dit. Nous avons vu rapidement que ce retour peut être effectif par le regard mais il peut être nécessaire d'utiliser la reformulation (ou feed-back) pour vérifier notre bonne compréhension du message. Il s'agit alors d'un moyen pour redire en d'autres termes plus synthétiques ou plus explicites ce que vient d'exprimer la personne. Elle permet au soignant de vérifier sa compréhension du message et ainsi de limiter les erreurs d'interprétation. Elle permet en outre à la personne de percevoir qu'elle est bien comprise et l'incite à poursuivre. La personne va se sentir écoutée et entendue.

Ainsi, l'analyse des bases de la communication nous a permis de comprendre les modalités des échanges entre soignants et soignés sur le mode verbal mais pas seulement. L'objectif étant de recueillir les données utiles à la poursuite de la consultation pour les soignants, nous avons mis en lumière un certain nombre d'éléments permettant de faciliter l'entrée en relation mais aussi la bonne compréhension des messages transmis. Au-delà de l'objectif premier de récolte des informations, cela permet à la personne de se sentir écoutée et entendue. Or ces échanges de qualité semblent être un critère de satisfaction chez les personnes venant consulter aux urgences comme nous le révèle une enquête que nous allons analyser.

### **3. Lien entre satisfaction et qualité de communication**

Une enquête a été réalisée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (D.R.E.E.S.) en 2003<sup>13</sup> auprès d'utilisateurs des urgences hospitalières. Elle a comme intérêt de mettre en lumière la relation entre leur appréciation de la prise en charge d'une part et la qualité de communication ressentie avec les soignants ainsi que le temps d'attente d'autre part. Nous allons tout d'abord présenter succinctement cette étude et ses résultats pour voir l'importance accordée à la communication par les soignés. Nous analyserons ensuite les résultats en lien avec l'évolution de la société pour essayer de comprendre ce qui semble se jouer dans la communication au-delà des informations utiles à la prise en charge purement soignante. Cette analyse nous amènera à envisager une certaine éthique de la relation entre soignant et soigné à travailler à partir des particularités de la médecine d'urgence. La communication semble alors retentir sur l'ensemble des soins à accomplir en urgence.

#### **a. Présentation de l'enquête**

Cette enquête menée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques a pour but recueillir peu de temps après leur passage aux urgences, les sentiments de trois mille consultants sur leurs conditions de prise en charge. Cette étude révèle notamment que les usagers

---

<sup>13</sup>. D.R.E.E.S, « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », études et résultats, n°215.

portent sur les urgences hospitalières une appréciation « largement positive », variable notamment selon le temps d'attente et la qualité de la communication ressentie avec les soignants (DREES, ministère de la santé). Cette étude montre globalement une « appréciation relativement favorable » des usagers sur leur prise en charge par les services d'urgences avec 66% de patients interrogés se trouvant « très satisfaits », 29% « assez satisfaits », 3% « peu satisfaits », 3% « pas du tout satisfaits ».

Cependant, la part des « très satisfaits » tombe à 43% quand ils attendent plus de vingt minutes qu'on leur demande la raison de leur venue. Un des critères de satisfaction est donc lié directement à la rapidité et à la bonne qualité des échanges entre usagers et soignants dès l'arrivée aux urgences. Cette satisfaction d'emblée est d'autant plus souhaitable qu'elle permet de faciliter les échanges ultérieurs. De plus, la proportion des patients interrogés qui se déclarent « très satisfaits » passe de 71% quand des explications entre médecin et patient ont pu être échangées dans les deux sens, à 50% quand l'un des deux interlocuteurs ne s'est pas expliqué (patient ou médecin), et à 33% dans le cas rare d'absence totale de communication. Nous voyons donc le lien direct que les patients opèrent entre la qualité des échanges entre soignants et soignés et la qualité de leur prise en charge totale. En marge de la qualité des soins techniques, cette étude révèle donc l'importance d'une bonne qualité de la prise en charge relationnelle du patient dès l'arrivée.

Si la communication a longtemps été laissée pour compte dans l'organisation des urgences hospitalières, délaissée pour régler d'autres dysfonctionnements organisationnels, elle doit désormais être repensée à la lumière de ces résultats. En effet, l'échange entre soignants et soignés, et, par extension entre soignants est largement valorisée par les usagers comme un critère de satisfaction dans leur passage aux urgences. Ils sont dans l'attente d'un échange de bonne qualité avec les professionnels de soin et il nous faut essayer de comprendre ce qui est mis en jeu dans cette communication.

## **b. De l'évolution de la société...**

Cette demande de communication et d'échange d'informations peut être entendue tout d'abord comme une transposition dans le monde médical de l'évolution générale de la société. En effet, les citoyens tendent à être de plus en plus informés de manière générale avec notamment un accès à des informations et des connaissances dans des domaines infinis via internet. Ainsi informés, ils souhaitent accéder à des relations d'égal à égal avec les spécialistes auxquels ils ont à faire.

La transposition peut être effectuée en ce qui concerne le monde médical où l'échange d'explications entre soignants et soignés dans les deux sens est d'autant plus valorisé qu'il permet de remettre une certaine égalité dans la relation. De la soumission totale au savoir médical telle qu'elle s'exerçait encore au milieu du XX<sup>ème</sup> siècle, le recours à d'autres sources d'informations pour les usagers telles d'internet mais aussi les associations de malades tend à désacraliser le savoir médical. Nous pouvons d'ailleurs situer le point de départ de cet élan de volonté de comprendre, de savoir, avec l'apparition et la propagation du virus du SIDA qui a accéléré de manière considérable la façon de voir les relations entre soignants et soignés. Les usagers tendent désormais à vouloir devenir des acteurs dans les soins qui leur sont proposés après une information et une formation adéquate.

La communication purement fonctionnelle, standardisée, ayant pour but de recueillir des données utilisables médicalement, de les traiter et de les transformer afin de résoudre le problème posé semble avoir déjà des limites. Si nous répondons par là à une demande de soin, celle-ci ne peut se réduire aux soins à apporter au corps. L'attente des patients dans la société actuelle nous invite à leur redistribuer les informations dont nous disposons, à en faire des partenaires de soin et non plus des patients face au savoir médical.

Pourtant, la prise en charge relationnelle ne saurait pas non plus se réduire à une information adéquate, adaptée à la personne pour en faire un partenaire de soin. En effet, si les consultants souhaitent être écoutés et entendus précocement dans leur demande, cela ne peut se réduire à cette volonté de reprendre un certain pouvoir sur ce qui leur arrive. La verbalisation de la demande semble mettre en jeu des éléments subjectifs autres qu'il nous faut analyser.

Les patients sont dans l'attente d'une prise en charge relationnelle à part entière en parallèle de la prise en charge de leur corps en souffrance. Nous allons donc à partir de ce constat analyser ce qui semble se jouer dans la communication entre soignants et soignés.

### **c. ...A la reconnaissance en tant que sujet en demande**

Il nous semble alors que si les patients interrogés sont particulièrement sensibles au fait d'avoir eu un interlocuteur rapidement pour entendre la raison de leur venue, cela tient au fait de vouloir être simplement reconnu dans leur demande. Le fait d'être écouté et entendu dans sa demande de soin est un critère de satisfaction en soi. Ceci est particulièrement intéressant dans le sens où la communication pourrait constituée à elle-seule un élément de prise en charge en marge des réponses théoriques et techniques qui sont généralement apportées aux urgences. Dans un service tellement tourné sur la haute technicité des soins, cela vient faire irruption et doit être pris en compte. Cela nous interpelle d'autant plus que nous y sommes peu sensibilisés en tant que soignants.

Nous évoquons dans les bases de la communication l'importance de l'écoute dans la communication verbale. Nous pouvons alors nous interroger sur le type d'écoute qu'il va nous falloir mettre en œuvre lors de l'accueil des

patients. Au-delà d'une écoute purement fonctionnelle nous permettant de remplir les cases préétablies pour une exhaustivité de la collecte des informations, l'écoute de la demande adressée au service des urgences semble être un des critères que les patients semblent le plus apprécier dans la prise en charge.

Cette écoute semble devoir prendre en compte des données moins objectives et explicites, moins accessibles directement par le langage. Elle doit pourtant se faire de manière approfondie et dans un temps le plus court possible après l'arrivée de la personne. Il nous faut donc nous pencher sur ce type particulier d'écoute, ce qu'elle recouvre aux urgences pour tenter de comprendre ce qui peut en faire un critère de satisfaction.

Nous allons donc tenter de cerner dans la seconde partie qu'elles vont être les particularités des urgences qui peuvent justifier une telle attente sur le plan communicationnel et relationnel.

Deuxième chapitre :

### ***PARTICULARITES DES URGENCES***

Les urgences hospitalières sont, comme nous l'avons vu un domaine d'activité particulier. Nous allons mettre en évidence trois particularités permettant de mieux comprendre le besoin de verbalisation et l'attente d'écoute du patient de la part des soignants. Nous allons voir que cet éclairage peut nous permettre de mieux comprendre les enjeux d'une communication réfléchie auprès des patients.

Nous aborderons tout d'abord le contexte de l'urgence : la consultation est rarement choisie, elle met en jeu une équipe nombreuse et pluridisciplinaire. Nous verrons ce que cela implique pour la personne en demande de soin et le nécessaire travail qui doit être fait entre professionnels, notamment par l'analyse du silence.

Nous aborderons ensuite le rapport particulier au temps aux urgences. Nous en détaillerons l'étymologie puis, revenant à la pratique nous ferons une étude parallèle du temps vécu par les professionnels et du temps ressenti par le soigné. Nous aborderons alors le vécu de l'attente aux urgences pour en venir aux attentes exprimées par le patient.

Enfin, en nous penchant sur le patient, nous aborderons la dimension du souci aux urgences. De cette peur ayant un objet d'ordre médical à l'angoisse ontologique de l'homme pour en venir à analyser les éléments projectifs en jeu dans la prise en charge pour les soignants.

## **1. Le choix et la pluridisciplinarité**

L'arrivée dans un service d'urgence ne se fait que rarement de manière programmée, volontaire et réfléchie comme c'est le cas dans de nombreux services. Nous essayerons d'analyser la spécificité de la rencontre lors de cette arrivée en urgence en analysant dans un premier temps l'absence de choix de la part de la personne soignée pouvant induire des difficultés à l'entrée en relation. Au-delà du corps qui est mis en avant, nous mettrons alors en lumière le problème de la reconnaissance de la subjectivité d'autrui. Puis, nous aborderons la pluridisciplinarité de notre pratique aux urgences et la nécessité d'acquérir conscience en équipe du rôle de référent que nous ne manquons pas de prendre. Enfin nous aborderons l'analyse du silence comme possibilité pour le patient de faire part de sa subjectivité.

### **a. L'absence de choix et le défaut de reconnaissance**

Le service d'urgence n'est le plus souvent pas choisi et cela peut être un premier obstacle à l'établissement de la communication. En effet, de manière habituelle, en tant que sujet, nous sommes amenés sans cesse à choisir, à prendre une option parmi d'autres. Nous faisons appel à notre discernement et nous avons recours à notre propre liberté, notre pouvoir de décision. En ce qui concerne le choix de son médecin généraliste ou d'un spécialiste, chacun opte pour celui qui lui convient le mieux. De la même manière et sous réserve de l'offre en terme d'hôpitaux, toute personne peut prendre la décision, choisir d'aller consulter dans un hôpital plutôt qu'un autre.

En ce qui concerne les urgences, ce pouvoir, cette liberté de choisir est réduite par le fait que c'est l'état de santé qui détermine une entrée à l'hôpital en urgence. Il y a d'emblée un asservissement de notre volonté à l'expression du corps.

En parlant de son corps, Nicolas Grimaldi écrit : « Il me désigne. Il évoque. Il me raconte. Il parle de moi. Il m'exprime. De la sorte il m'engage et me compromet auprès des autres. Son simple aspect paraît à tous un témoignage »<sup>14</sup>. Le corps dont nous parlons est alors source d'un nombre inestimable d'informations et de données. Nous avons pu voir à quel point ces renseignements notamment visuels étaient importants dans la première partie. Ici, nous en voyons les limites aussi dans le sens où, mis en avant, le corps peut aussi prendre l'ensemble de l'espace sans laisser place à rien d'autre. « A notre insu, malgré nous, sans que nous n'y puissions rien, notre corps prévient autrui. Il anticipe la tonalité de toutes les relations possibles que nous pourrions jamais avoir avec lui »<sup>15</sup>. C'est le cas par exemple des personnes ayant des troubles psychiques dont l'apparence va d'emblée, au premier regard nous orienter. La tenue vestimentaire mais aussi des comportements pathologiques ou dus aux effets secondaires des médicaments peuvent nous faire juger trop rapidement la situation, occultant parfois la demande en elle-même. Aussi nous faut-il mettre à jour « l'irréductibilité de ma conscience à mon corps »<sup>16</sup>. En effet, même s'il n'y a rien qui arrive à mon corps qui ne m'arrive aussi, si rien ne l'affecte qui ne m'affecte aussi, si le corps est ce qui me fait recourir aux urgences, il ne faut pourtant pas se limiter à cela. Nicolas Grimaldi ajoute que « quoique j'en sois inséparable, je ne m'y réduis pas. Ainsi, s'il est bien vrai que je ne puis être satisfait si mon corps ne l'est pas, il ne suffit pas qu'il le soit pour que je le sois aussi »<sup>17</sup> Pour prendre un exemple précis, lors de l'accueil, une personne se présente pour un traumatisme

---

<sup>14</sup>. Nicolas Grimaldi, *Traité des solitudes*, Paris, PUF, 2003, p. 35.

<sup>15</sup>. *Idem*, p. 36.

<sup>16</sup>. *Ibidem*, p. 27.

<sup>17</sup>. *Ibidem*, p. 27.

de faible gravité. Le symptôme mis en avant est la douleur corporelle localisée. Son état ne nécessite pas de soins immédiats. Nous avons des protocoles de prise en charge de la douleur permettant d'administrer des antalgiques dès l'arrivée. Le patient est donc soulagé dans son corps. L'interruption du symptôme l'ayant fait venir aux urgences devrait le rendre patient dans le sens où elle devrait lui permettre d'attendre plus sereinement la consultation médicale. Pourtant, de manière concrète nous voyons que si nous n'avons pas pris le temps de parole nécessaire pour expliquer et accompagner le soin, l'attente peut être intolérable alors même que d'un point de vue symptomatique le problème est solutionné. Il nous faut donc prendre conscience de la non réductibilité de la conscience au corps, de ce perpétuel malentendu entre ce qu'une personne donne à voir et ce qu'elle est vraiment. « Nous éprouvons notre corps comme un travesti qui usurpe notre identité et parasite notre communication »<sup>18</sup>. Il y aurait donc un moi que les autres ne voient pas et que nous souffrons de ne pouvoir exprimer ni communiquer. Cet état de fait est d'autant plus prégnant aux urgences que les protagonistes ne se connaissent pas et que c'est le corps via les symptômes qui va être mis en avant comme nécessitant des soins, renforçant l'écart entre l'extériorité de ce que nous paraissions et l'intériorité inquiète de ne pouvoir exister dans la conscience d'autrui. Il peut en outre être intéressant d'« analyser plus précisément le rôle de mon corps dans la reconnaissance et le statut de mon identité »<sup>19</sup>. Car c'est bien de reconnaissance qu'il s'agit ici. Ne pas traiter le corps seul mais en voir une voie d'accès à la subjectivité de la personne qui va devoir attendre.

Pour prendre une illustration, un patient amené par les pompiers suite à un malaise sur la voie publique ne choisit pas l'hôpital et l'équipe d'urgence auxquels il est confié. Il est donc particulièrement troublé, dérouté de se

---

<sup>18</sup>. *Ibidem*, p. 39.

<sup>19</sup>. *Ibidem*, p. 27.

trouver amené dans ce service. Il manifeste donc le besoin d'être rassuré et informé sur ce service qu'il ne connaît pas. Il peut alors en découler des difficultés dans l'entrée en relation.

De plus, s'il s'agit pour lui d'une découverte, il s'agit aussi d'une première rencontre pour tous les intervenants le plus souvent. Il faut alors rapidement analyser la situation pour les professionnels et savoir instaurer une communication à la fois fonctionnelle et utile mais aussi rassurante pour le patient en le laissant s'exprimer comme le sujet de ce qui lui arrive.

Comme nous l'avons vu, un certain nombre de données vont nous être indispensables dans un premier temps mais il ne faut surtout pas perdre de vue que la personne doit rester au centre de cette toile d'informations qui se tisse petit à petit, non pas le fonctionnement des urgences. Il faut donc savoir taire le fonctionnement global des urgences (les contraintes de temps, les nombreux autres patients présents au même moment...) pour écouter l'histoire singulière, mettre entre parenthèses nos contraintes organisationnelles pour entendre le récit de la personne, replacer ce passage aux urgences dans son histoire de vie. Cela peut passer aussi par l'écoute de ce que la famille nous dit du changement observé de la personne qu'elle connaît et dont elle a l'habitude de s'occuper. Il ne faut pas se substituer aux aidants naturels s'ils existent car ils savent souvent donner des éléments très utiles pour l'équipe.

La circulation des données se fait en bonne partie par une bonne participation de la personne qu'il faut savoir rechercher. La première étape doit donc être d'expliquer pourquoi nous avons besoin des informations pour ne pas paraître trop intrusifs et pour amener la personne à nous livrer les données. Cet échange est donc à la fois indispensable et subtile à établir. De notre côté, il faut chercher à reconnaître la part propre au sujet qui s'exprime derrière les symptômes observables au niveau corporel.

## **b. La pluridisciplinarité.**

Des professionnels de catégories médicales et paramédicales très variées concourent nécessairement au déroulement de la consultation des personnes soignées dans le cadre de l'urgence. Cette discipline étant transversale, elle induit des avis de soignants venants d'horizons très différents (psychologue, assistante sociale, médecins spécialistes...). Il ne s'agit plus ici d'une entrée en relation d'une personne avec une autre mais bien plutôt d'une personne à un groupe plus ou moins étendu de soignants ce qui ne manque pas de déstabiliser la relation.

Ces différents intervenants vont avoir des intérêts dissemblables du fait leurs spécialités, ce qui augmente l'hétérogénéité de leurs réactions vis-à-vis du patient. Un médecin réanimateur appelé au chevet d'un patient pour donner son avis pourra avoir comme contrainte de ne pas bloquer la dernière chambre disponible dans son service alors que le médecin urgentiste semblait penser que son état nécessitait une surveillance en soins intensifs. Ceci est particulièrement déstabilisant pour la personne soignée.

Il nous faut donc prendre conscience de notre rôle à jouer en tant que référent pour donner une cohésion à la prise en charge. Nous sommes en effet des éléments de stabilité en tant que personnel des urgences, quel que soit notre rôle, dans l'ensemble des soins car nous sommes ceux qui restons. Nous nous devons donc de faire le lien entre les différents autres protagonistes auxquels nous avons recours. Il faut donc sans cesse instaurer et préserver le lien d'échange entre la personne soignée et nous en tant que personne relais du service dans son ensemble. Pourtant nous voyons que ce lien peut être fragile et il nous faut être particulièrement vigilant face aux silences de la personne soignée dans ce qu'ils peuvent exprimer.

### c. L'analyse du silence

Lorsque cette relation s'avère plus ténue, difficile à mettre en œuvre, il peut aussi être intéressant de se pencher sur les significations du silence. Si nous avons évoqué la communication non verbale et les moyens de faire passer des messages autrement que par la parole, la confrontation au silence telle qu'elle peut se vivre aux urgences peut avoir des caractères particuliers. Mettant de côté ceux qui ne peuvent pas parler pour des raisons de maladie mais qui communiquent avec les autres en ayant recours à la communication non verbale, nous voulons traiter ici du silence de ceux qui sont parfaitement en mesure de parler. Ce silence, lorsqu'il est inconscient, peut avoir de nombreuses significations ; mais on peut également l'utiliser volontairement pour atteindre certains objectifs. « Il se produit également des pauses de silence au cours de la communication verbale [...] qui peuvent avoir une double signification : opposition ou invite.»<sup>20</sup>

Le silence d'opposition doit être interpréter comme un refus d'entrer en communication avec une personne. Il peut révéler le fait que la personne n'a pas choisit de se trouver aux urgences. Notamment les personnes ayant des troubles du comportement et ramenées par les forces de l'ordre, les personnes en état d'ébriété retrouvées sur la voie publique, les patients ayant fait de malaises ramenés par les pompiers mais n'ayant pas choisi de consulter...La personne conserve le droit de choisir de s'exprimer ou non. Il faut de notre côté lui laisser la possibilité de s'exprimer par ce silence mais aussi, grâce à l'équipe, lui permettre de s'adresser à la personne qui lui convient le mieux.

Nous sommes aussi amenés, en tant que soignant à nous servir du silence d'invite pour permettre l'établissement d'une relation tenant en compte la personne en face de nous. En effet, le silence d'invite, quant à lui, se produit

---

<sup>20</sup> Constantino Iandolo, *Guide pratique de la communication avec le patient*, op. cit., p. 33, 34.

lorsque l'émetteur, le plus souvent le soignant, se tait après un énoncé et cette pause de silence lui sert à observer les effets de ses mots sur le destinataire, à attendre le feed-back et à le stimuler en vue d'une réponse et de la poursuite de l'entretien. « Cette pause de silence est plus longue quand le récepteur est une personne âgée dans la mesure où les processus mentaux et physiques deviennent plus lents lorsqu'on vieillit ». Il faut donc être particulièrement vigilant à cette durée de silence nécessaire pour que le silence de l'émetteur indique au récepteur âgé que l'on est certain qu'il va répondre et qu'on lui accorde le temps nécessaire pour le faire. Nous faisons alors cas de sa subjectivité, ce qui est souvent un facteur facilitant les échanges. Pourtant, laisser le silence advenir ne va pas de soi. En effet, le silence peut laisser survenir l'abîme de l'angoisse éprouvée par le patient car il est messager du vrai. Il est donc beaucoup plus reposant de parler, d'enchaîner les questions au risque de ne pas attendre les réponses parfois.

D'une manière générale, le silence prolongé du récepteur doit toujours susciter chez l'émetteur le problème de sa cause et de sa signification. Il peut s'agir d'une non-réception du message, d'un défaut de compréhension du message, d'une indétermination dans la réponse à donner et enfin d'une hostilité. Le silence est donc un élément toujours utile pour le soignant dans la relation non choisie et mettant en jeu différents protagonistes.

Ce premier axe de réflexion nous dévoile que cette particularité des urgences qui met en présence une équipe soignante pluridisciplinaire à un patient de manière inattendue et non voulue dans un premier temps induit d'ores et déjà une entrée en relation particulière et qui ne va pas forcément de soi dans le sens où il n'est pas à exclure le refus et l'hostilité. Nous avons mis en lumière dans ce cadre, l'importance de ne pas réduire le sujet à son corps, de laisser s'exprimer la subjectivité du patient pour lui rendre un certain pouvoir sur les événements qu'il est en train de subir. Nous allons voir que les difficultés d'entrée en relation peuvent aussi trouver leurs sources dans d'autres particularités des urgences telles que le rapport particulier au temps.

## **2. Le rapport au temps**

Lorsque l'on parle d'urgence, c'est la notion de temps qui prédomine. L'arrivée d'un patient aux urgences l'inscrit immédiatement dans le temps au sens propre : l'inscription se fait sur informatique et le temps de présence commence à s'écouler. Mais au-delà de la durée de présence d'un patient au sein des urgences, le temps est omniprésent à chaque instant. Pourtant cette notion recouvre de nombreux aspects très différents : elle est réactivité, durée, attente...

Nous allons avoir dans un premier temps un retour à la définition et à l'étymologie du temps. Puis nous analyserons dans nos pratiques la notion d'urgence pour les soignants par le tri en urgence absolue induisant la notion de réactivité, de temps de réaction, et en urgence relative engendrant une attente avec un temps éprouvé comme durée. Enfin, nous analyserons l'urgence ressentie par le patient : celle-ci étant liée à l'attente dans son sens de désir.

### **a. Définition et étymologie**

Pour essayer de mieux cerner le terme de temps nous pouvons tout d'abord reprendre son étymologie. Du latin, *tempus*, il représente la menue monnaie de la durée. Il s'agit donc d'un moment, d'un instant, d'une fraction de la durée. Le mot préside alors au repérage dans la vie et dans l'histoire. Mais, en

français, le mot temps a repris la valeur englobante du grec, *khronos*. En Grèce, une confusion s'est faite à une époque ancienne (VI<sup>ème</sup> siècle) entre *Cronos*, le Saturne de la mythologie romaine et *Khronos*, le Temps. Or *Cronos* serait le dieu qui accomplit, qui conduit les choses à leur terme. Cette confusion serait favorable à la dérivation indiquée en second lieu : *Cronos* est devenu *Khronos* parce que le temps est ce qui mûrit les choses, puis, par extension, ce qui conduit les êtres à leur maturité et à leur terme. De là s'en suit alors une idée de durée et de période révolue.

En français, le temps peut être défini tout d'abord comme une « période allant d'un événement antérieur à un événement postérieur »<sup>21</sup>. Cette définition met l'accent sur les limites des différents temps. Il s'agit ici du sens le plus fréquent dans le langage courant mais aussi chez les philosophes. Cette définition est à rapprocher du sens étymologique de *tempus* : d'une division du temps, d'une époque. Pour nous les différents temps de la prise en charge : le temps du recueil de données, le temps de la décision, le temps de faire les examens complémentaires... Il s'agit du temps concret, déterminé. Nous pouvons parler de la prise en charge d'un patient comme d'une addition de temps successifs mais nous allons voir qu'ils s'inscrivent dans une trame unique, dans un seul et même temps.

En effet, le temps possède un second sens en tant qu'il est « changement continu (et généralement considéré comme continu), par lequel le présent devient le passé »<sup>22</sup>. Nous en venons alors à une idée plus générale du temps par l'introduction de l'idée d'écoulement du temps, de continuum et part la même l'idée de durée. Les différents temps ponctuels que nous venons de voir s'inscrivent alors dans ce déroulement. Au même sens mais dans une forme plus imagée, le temps est conçu comme « une sorte de trame mobile entraînant les

---

<sup>21</sup>. André Lalande, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, op. cit., p.1110.

<sup>22</sup>. *Idem*, p. 1110.

événements sous le regard d'un observateur toujours en face du présent »<sup>23</sup>. L'observateur que nous sommes peut alors inscrire les événements les uns par rapport aux autres sur cette ligne du temps qui s'écoule. Le temps est alors un concept plus général d'où découlent les notions de cours du temps, de la marche du temps. Tous les temps de prise en charge listés plus haut peuvent trouver leur place dans cet écoulement temporel. Ainsi, aux urgences, la notion de durée est effective entre l'exposition du problème et la mise en œuvre des thérapeutiques : ce temps de réaction est éprouvé comme durée. Dans ce sens, le temps marque aussi son opposition à l'éternité : le temps est ce qui passe, en contraste avec ce qui demeure. Ainsi, dans cette acception, nous pouvons mettre à jour la notion de durée comme la seule chose réelle, palpable alors que le temps devient une abstraction comme le troisième sens du terme de temps nous invite à le cerner.

En effet, la troisième acception définit le temps comme « milieu défini, analogue à l'espace, dans lequel se dérouleraient les événements chacun y marquant une date, mais qui, en lui-même serait donné tout entier et indivisément à la pensée »<sup>24</sup>. Nous en arrivons alors à une abstraction de la notion de temps. Ce dernier sens peut être considéré comme un élargissement à l'infini des temps limités du premier sens. Dans le premier sens, le temps est une période, brève ou longue, mais distincte, et qui, s'opposant à d'autres périodes, détermine la place d'un événement par rapport aux autres. Ici, le temps change de caractère pour devenir un contenant universel abstrait. Le temps partage alors avec l'espace le privilège d'organiser notre pensée. Pour le philosophe Heidegger, c'est même « l'horizon de toute conscience ». Pour certains philosophes comme Newton et Clarke le temps existe par lui-même et pour d'autres comme Leibniz et surtout Kant, le temps n'existe que dans la pensée.

---

<sup>23</sup>. *Ibidem*, p. 1110.

<sup>24</sup>. *Ibidem*, p.1111.

## **b. La pratique du temps pour les professionnels**

Dans notre pratique professionnelle, le rapport au temps s'exerce à différents niveaux pour les soignants. Il est tout d'abord important de noter que si la finalité de ce travail est de prendre de la distance afin de pouvoir analyser nos actions de soin, il ne faut cependant pas oublier que la réalité des urgences est intrinsèquement liée à ce rapport si particulier au temps. En effet, l'effort que nous essayons de faire ici est de ralentir le temps pour revenir plus posément sur nos modes de fonctionnement mais sur le terrain les actions s'enchaînent parfois à un rythme très soutenu, ce qui rend la possibilité de réflexion succincte sur le moment. Afin de mieux analyser ce phénomène d'urgence nous allons travailler sur le terme d'urgence lui-même. De manière schématique nous allons voir trois types d'urgence.

Dans un certain nombre de situations, le pronostic est lié à la rapidité d'intervention de toute l'équipe et l'urgence de l'action est indiscutable. Nous sommes ici dans le cadre de l'urgence absolue reconnue comme telle par les professionnels dans leur ensemble et nécessitant des compétences multiples. Le pronostic vital est mis en jeu. Les causes peuvent en être multiples : arrêts cardio-respiratoires, insuffisances respiratoires aiguës, états de conscience très perturbés... Le temps presse et nous pousse à l'action. Nous pouvons alors parler métaphoriquement d'une course contre la montre. En effet, c'est le temps de réaction qui prime, à savoir cette « durée comprise entre une excitation et la réaction qu'elle provoque »<sup>25</sup>. Pour ces cas d'urgence extrême, la durée tend à être la plus brève possible entre l'analyse de la situation et la réaction en termes d'action : mise en œuvre de techniques et de thérapeutiques par les professionnels.

Lorsque nous parlons d'urgence, ce sont souvent ces cas d'urgence absolue qui sont présents à l'esprit or, il y a bien d'autres urgences aux urgences.

---

<sup>25</sup>. *Ibidem*, p.1114.

Nous les nommons les urgences relatives, ou bien encore les consultations d'urgence. Ce sont des personnes venues consulter qui n'ont pas de risque de s'aggraver (plaies simples, traumatismes sans signe de gravité), ou bien même des personnes qui auraient pu prendre l'option de voir leur médecin généraliste mais qui pour de multiples raisons sont venues aux urgences. Pour tous ces cas là, l'urgence est relative pour les professionnels. Dans le cadre de ces urgences, les personnes peuvent attendre sans risque pour leur état de santé. La durée peut alors prendre la forme de l'attente avant la réalisation des soins.

Les contraintes en termes de nombre de patients venant consulter dans ces services rendant impossible le fait que ces personnes ne patientent pas, il faut alors savoir informer sur le délai probable d'attente. Ceci est rendu parfois difficile par le fait que « l'on parle des urgences médicales, chirurgicales ou psychiatriques, comme si l'urgence, mode de survenue spécial, faisait à elle seule maladie. L'entrée dans la maladie sur le mode spécial de l'urgence, se fait dans l'hôpital par une porte à part. »<sup>26</sup>. Aussi, c'est le terme d'urgence qui prime avant ce qui en fait l'urgence ou pas. Cette spécificité du service des urgences renforce donc la nécessité de savoir expliquer de manière appropriée que l'urgence est multiple, que le fait d'arriver aux urgences ne présume pas de la gravité de la pathologie en elle-même et du degré d'urgence qui en résulte, qu'une personne peut être amenée à attendre lorsque son état ne nécessite pas de soins immédiats. Ce travail d'information est un exercice très souhaitable qui peut s'avérer difficile lors de l'accueil du patient, sachant qu'il peut être source d'incompréhension comme nous allons l'aborder dans la partie suivante. Pourtant, il permet au sujet qui se présente pour des soins de se réapproprier son histoire en marge du mode d'entrée en urgence.

Pour résumer, le rôle qui nous est dévolu à l'accueil requiert une impartialité absolue dans le tri des urgences d'une part et d'autre part nous sommes tentés dans la relation d'empathie qui s'instaure à écouter la demande de

---

<sup>26</sup>. Didier Houssin, *Sur les mécanismes d'urgence, op. cit.*, p.32.

compassion de la part de chaque individu venant consulter dans le face à face singulier alors même que son cas ne nécessite pas des soins immédiats. En toile de fond, la vision d'ensemble des urgences peut nous aider dans cette hiérarchisation inéluctable. Enfin, il semble que la rigueur seule peut alors permettre un bon compromis mais une fois encore, il nous faut nuancer celle-ci.

### **c. L'éprouvé du temps pour le patient**

Nous en venons alors non plus à la pratique du temps pour les professionnels mais à l'analyse du temps éprouvé par la personne en demande de soin. La personne se présente aux urgences car pour elle sa demande de soin est une urgence. Nous avons vu que celle-ci est dès l'accueil reçue et analysée. Dans de nombreux cas l'urgence est relative pour les professionnels. Dans ce cas de figure, il peut se créer une distance due à l'incompréhension entre le professionnel qui estime que la personne peut attendre et le patient qui estime ne pas devoir attendre. Il s'agit alors de chercher à analyser ce troisième type d'urgence à prendre en compte : nous la nommons l'urgence ressentie.

Le temps tel qu'il est éprouvé par le patient va prendre plusieurs formes. Ce temps est de manière factuelle le temps de l'attente avant la prise en charge, le soulagement des symptômes, mais il s'étend au-delà. Si nous reprenons la définition du terme attente nous en voyons trois axes. L'attente est tout d'abord « le fait d'attendre ; le temps pendant lequel on attend »<sup>27</sup>. Il s'agit ici de l'attente concrète en termes de durée. Cette attente aux urgences peut être brève, prolongée. Elle est successivement attente de soins, de résultats... Il s'agit bien

---

<sup>27</sup>. Le petit Robert, Paris, dictionnaires le Robert, 2006, attente, p. 172.

souvent de l'attente avant de s'occuper du corps dans son rapport à notre subjectivité telle que nous l'avons abordé.

La deuxième acception du terme d'attente s'exprime comme « état de conscience d'une personne qui attend »<sup>28</sup>. Il n'est plus comme à son habitude, il est tout entier absorbé par cette attente plus ou moins anxieuse comme nous le développerons plus loin. Il ne fait alors rien d'autre que d'être dans l'expectative de ce qui va se produire. Ceci est d'autant plus présent à son esprit qu'il attend quelque chose qu'il ne connaît pas encore : des examens, des soins, un diagnostic ? Nous devons alors reconnaître ce statut de personne en attente. La personne qui s'adresse aux urgences reste sujet de ce qui lui arrive. Il peut alors être important de laisser l'autre exprimer sa demande avant de répondre par la rigueur du fonctionnement et des rouages du service, lui laisser verbaliser dans quel état de conscience il se trouve plongé par cette attente. La rigueur seule de l'analyse de la situation ne permet pas d'apporter une réponse adaptée à la demande du patient, quand bien même les intervenants feraient preuve d'un grand professionnalisme dans la recherche des différents signes de gravité. Derrière le corps et l'attente du soulagement des symptômes dans celui-ci, se trouve la conscience de l'individu et de ses attentes.

Nous arrivons par là même à la dernière acception du terme d'attente comme « le fait de compter sur quelqu'un ou quelque chose »<sup>29</sup>. L'attente n'est plus simplement à gérer comme une pure durée, un temps à passer mais soulève des enjeux de désir et d'espérance. Le demandeur de soin est dans l'expectative d'une écoute, d'une réponse à son attente comme désir, espoir, souhait. Cela dépasse la prise en charge du corps symptomatique. Contre toute attente (et à l'opposé de toutes ses attentes), il peut alors se trouver face au fonctionnement préétabli rigoureux et bien fonctionnel des urgences. Nous entendons par là une sorte de standardisation (prise de constantes, questions

---

<sup>28</sup>. *Idem*, p. 172.

<sup>29</sup>. *Ibidem*, p. 172.

fermées...) tendant à être sans faille mais étant source par la même de frustrations si nous n'y restons pas vigilant. L'organisation classique doit apprendre à adapter l'accueil à chacun pour que les espérances que la personne met dans son passage aux urgences soient entendues sous peine de voir se développer un éprouvé de l'attente allant vers la solitude. Nicolas Grimaldi écrit que « la solitude est l'expérience d'une absence ; mais seul peut être absent celui qu'on attendait »<sup>30</sup>. Dans le cadre des urgences, cette phrase pointe le défaut d'écoute de la part de celui dont on attendait celle-ci. Or, c'est lors de l'accueil que l'attente est mise en mots pour la première fois. Et, « c'est bien parce que le langage nous promet une communauté spontanée d'échanges, d'idées et intérêts, que nous nous désolons de ne trouver à qui parler »<sup>31</sup>. Le langage est un espoir de communication entre le soigné et le soignant. Si cette verbalisation est tronquée, le rendez-vous est manqué ce qui engendre de la frustration et l'absence prend forme. La frustration vient alors du fait d'avoir un temps de parole limité, ce dont se plaignent parfois les patients à l'accueil. Ils ont la sensation de ne pas avoir pu exprimer l'ensemble de leurs problèmes alors qu'en tant que professionnels nous estimons avoir les informations nécessaires pour continuer. Cette frustration vient alors du fait de ressentir une indifférence de la part des soignants, une non reconnaissance en tant que sujet à part entière.

Ambivalente, la solitude peut parfois être une forme d'identité ou d'intégrité retrouvée, preuve de liberté lorsque nous n'attendons rien d'autrui. Mais si la solitude n'est pas toujours un sentiment négatif, en situation de recours aux urgences, elle prend une toute autre direction : elle est une forme d'excommunication. En effet notre besoin d'autrui s'actualise et nous souffrons « parce qu'en nous privant de la solidarité et des secours d'autrui, la solitude nous résume de façon presque inhumaine à notre chétivité physiologique »<sup>32</sup>. C'est donc le rapport à autrui qui nous fait éprouver la solitude de manière différente.

---

<sup>30</sup>. Nicolas Grimaldi, *Traité des solitudes*, op. cit., p. 12.

<sup>31</sup>. *Idem*, p. 7.

<sup>32</sup>. *Ibidem*, p. 18.

La détresse vient du fait que nous attendons quelque chose d'autrui et qu'en retour nous sentons l'hostilité du milieu qui nous entoure. La solitude nous exile de l'humanité. Nous sommes alors exposés et condamnés à l'insularité de notre ego. C'est « cette tendance refoulée, cette attente déçue, cette confiance trompée, cette sympathie avortée, qu'il identifie à son expérience de la solitude »<sup>33</sup>. Ainsi, la solitude est bien plus un sentiment, « elle exprime plutôt l'attente déçue de quelque sympathie »<sup>34</sup>. Cette attente est donc désir d'être écouté et entendu comme sujet en demande par autrui. Cela vient du fait que l'homme a quelque originaire disposition à se « répandre » vers autrui, à se fier et à se confier à lui, une aspiration à se diffuser vers autrui. La standardisation excessive des pratiques en urgence risque de faire passer le tri de l'urgence avant l'écoute de chaque patient. L'entrée en relation dès l'accueil se fait réellement mais sur des données purement utilisables, à la limite chiffrées pour évaluer le degré de gravité. « Pour comprendre la solitude, c'est donc moins l'absence de relation concrète qu'il importe de décrire, qu'à l'inverse l'attente qui rend cette absence sensible »<sup>35</sup>. C'est-à-dire la différence entre ce qu'il souhaite être l'accueil aux urgences, ce qu'il attend de nous en tant que soignants et l'entrée en relation réelle aux prises avec les exigences de rapidité et de rigueur pratique. Il faut alors trouver la juste mesure entre la haute technicité requise et la demande qui nous est adressée. Savoir entendre et prendre en compte cette solitude avant qu'elle ne se mette en place afin de répondre aux attentes des patients et de désamorcer les conflits probables ultérieurs dus aux frustrations.

Mais il existe au-delà de cette solitude réactionnelle une solitude « si invincible et originaire qu'elle semble constitutive de la conscience elle-même »<sup>36</sup>. C'est la solitude de l'impartageable : la solitude de la subjectivité. Alors que le monde étale la placidité coutumière et bien rangée de son ordre, il

---

<sup>33</sup>. *Ibidem*, p. 11.

<sup>34</sup>. *Ibidem*, p.11.

<sup>35</sup>. *Ibidem*, p. 11.

<sup>36</sup>. *Ibidem*, p. 21.

peut parfois être difficile de trouver une place pour la subjectivité de l'homme et par extension de la personne soignée. Le monde ne cesse pas de tourner lorsque la personne arrive en urgence. Nous sommes d'ailleurs là pour le lui rappeler en nous activant sans cesse à la tâche dans notre travail quotidien à l'hôpital. Alors que nous nous sentons tous irréductiblement différents, cette expérience banale et universelle qu'est la secrète solitude de la subjectivité se trouve alors renforcée. La personne soignée est en effet en train de vivre quelque chose d'inattendu et d'exceptionnel alors que paradoxalement nous nous trouvons en tant que soignants dans la routine de nos actes quotidiens. Il s'agit là de la preuve de cette distance irréductible entre soi et l'autre qui, si elle est présente à chaque instant s'actualise avec violence lors d'un passage aux urgences.

Pour aller plus loin, nous pouvons ajouter que « parce que la mort est l'horizon de la vie, il n'est pas une situation, pas une rencontre, pas un événement qui ne se configurent et ne se découpent sur fond de cette irrémédiable solitude. Elle accompagne comme son ombre chaque instant de notre vie ». C'est en effet le fait de savoir que nous mourrons et que nous mourrons seuls qui fait notre solitude originnaire. Il n'est question que de quitter ce monde depuis le premier instant où nous y sommes venus. Cette attente inéluctable et impartageable due à la finitude de l'être nous isole irrémédiablement de manière originnaire. Nous allons reprendre le développement amenant de l'anxiété due aux symptômes à cette angoisse originelle afin de mieux cerner l'importance de celle-ci lors de l'établissement de la communication.

### 3. La dimension du souci aux urgences

La notion de souci aux urgences va découler de celle du temps. Nous allons l'aborder tout d'abord comme une peur, une anxiété liée à l'état de santé puis nous en viendrons rapidement à la diffusion de cette peur en angoisse ontologique en passant par l'allégorie de Hygin. A partir de cette angoisse nous mettrons en lumière le souci de préservation qui en découle pour enfin découvrir la dimension éthique du souci de l'autre tel que l'a abordé Levinas. En effet, nous allons voir que ce souci m'engage dans la relation à l'autre à une communication réfléchie.

#### a. De l'anxiété du problème médical...

A l'arrivée aux urgences, le patient est dans une anxiété particulière liée à son état de santé. Ce souci de santé est plus ou moins préoccupant pour les professionnels mais, pour la personne en demande de soins, ses symptômes sont forcément inquiétants. Cette personne est donc inquiète, elle ne peut pas trouver le repos, elle n'est pas satisfaite de sa situation et reste agitée par la crainte et l'incertitude quant à la gravité des signes qu'elle présente. Nous sommes ici face à une peur qui même si elle ne connaît pas exactement son objet l'imagine, le fantasme. La peur est alors « phénomène psychologique à caractère affectif marqué, qui accompagne la prise de conscience d'un danger réel ou imaginé d'une menace »<sup>37</sup>. Cette peur est motivée par les symptômes et induit un mal-être, une

---

<sup>37</sup>. Le petit Robert, *op. cit.*, peur, p. 1924.

anxiété et une appréhension de ce que le médecin va dire de la gravité de ce qu'elle ressent. Cette inquiétude concernant son état de santé et ses symptômes envahissent le champ de sa conscience. Le danger peut être réel, engageant le pronostic vital mais il peut être totalement imaginaire, engendrant les mêmes conséquences. La personne éprouve de manière concrète le souci lié à son état symptomatique. Elle se trouve donc dans un « état de l'esprit qui est absorbé par un objet et que cette préoccupation inquiète ou trouble jusqu'à la souffrance morale »<sup>38</sup>. Son esprit est donc envahi par la crainte du diagnostic et elle peut donc être distraite dans les informations qu'elle nous livre dans les échanges car non attentive à ce qui se passe à l'extérieur.

Cette peur est en outre accidentelle par le fait qu'elle aurait pu ne pas être et relativement curable car elle nous est livrée à l'accueil des urgences afin que nous en traitions la cause. Pourtant, cette appréhension n'est pas à prendre en compte comme une simple peur d'un objet identifié, elle renvoie à une angoisse plus profonde, ontologique et incurable...

#### **b. ... A l'angoisse ontologique rendant vulnérable**

En effet, l'arrivée en urgence à l'hôpital fait émerger la notion de souci non pas comme simple préoccupation quotidienne, tracas lancinant de l'esprit absorbé, jusqu'à la souffrance, par un objet ou par un projet. « Le thème sous-jacent à celui de l'urgence est celui du Souci avec un grand S. Ce mot résume la situation de l'homme jeté dans le monde et confronté à la dimension temporelle de son existence, à ce qu'elle ait un terme »<sup>39</sup>. Ce souci lié à l'état de

---

<sup>38</sup>. *Idem.*, souci, p. 2459.

<sup>39</sup>. Didier Houssin, *Maintenant ou trop tard*, *op. cit.*, p. 15, 16.

santé va donc se diffuser en une angoisse ontologique. Cette angoisse est la morsure que le néant fait à notre âme. En effet, si nous nous interrogeons sur la condition humaine nous voyons que celle-ci est marquée d'une part par la contingence de l'homme qui sait qu'il aurait pu ne pas être et d'autre part par sa mortalité car il sait qu'il ne sera plus. Nous en venons au paradoxe concernant le néant qui ne se contente pas de ne pas être mais qui agit sur nos vies. Ce qui fait dire à Jean-Paul Sartre que « l'homme est l'être par lequel le néant arrive à être ». Le néant accède donc à une forme d'existence par l'importance que l'homme va lui accorder dans sa réflexion essentielle.

Notre vie est donc encadrée par deux néants et la conscience de notre contingence nous étreint. Alors que la peur est toujours peur de quelque chose, l'angoisse n'a pas d'autre objet que la relation au néant. Pourtant il nous faut apprendre à vivre avec cette angoisse de néantisation, et c'est pourquoi cette finitude et cette mortalité, qui sont un des fondements de la vie humaine, sont le plus souvent tenus à distance grâce à la force des habitudes mais aussi par le divertissement pascalien et le bavardage heideggérien pour nous permettre de poursuivre notre vie sans être constamment paralysés par l'angoisse.

Le divertissement est développé par Pascal dans *Les pensées*. L'homme fuit alors l'angoisse par le divertissement. Le terme est à comprendre dans son sens étymologique à savoir pour *se divertir* : se détourner de l'essentiel. L'essentiel pour Pascal étant la mort et l'amour. C'est donc tout ce que fait l'homme pour oublier sa mortalité. Le travail notamment fait partie de ce qui peut détourner l'homme de l'essentiel dans la vie. Ces divertissements lèvent la chape de plomb due à l'angoisse et permettent à l'homme de poursuivre ses activités ordinaires. Pourtant, l'homme n'oublie pas car le divertissement n'est pas à la hauteur du problème.

---

Ce que Heidegger appelle le bavardage passe par une manière de se servir du langage qui bien loin d'aller à l'essentiel, l'occulte. Il s'agit du bavardage, par opposition à la parole qui mènerait à l'essentiel. Ce bavardage peut être positif dans le sens où faisant partie de la quotidienneté de l'homme, il peut être une entrée en matière, une préparation à la parole. Il faut cependant rester vigilant à ce qu'il ne bouche pas tout accès à l'essentiel. Il est parfois réduction du *logos* à une *phoné*. Pour revenir sur l'analyse du silence que nous avons abordé, celui-ci peut être alors angoissant par le fait qu'il peut faire apparaître l'abîme du néant. Il va donc être le plus souvent tenu à distance par le bavardage.

Si la plupart du temps, l'homme se protège de sa confrontation inévitable au néant en utilisant ces artifices pour occulter l'essentiel, chacune de ses blessures, de ses maladies et par extension chaque passage aux urgences lui rappelle la finitude de son existence. Lors du passage aux urgences, « la vie sort brusquement de l'habitude : entre l'attente et la réaction, sur un fond d'espoir, de désir, ou de prière, elle se tourmente. »<sup>40</sup> Ainsi, l'enchaînement régulier des actes habituels de la vie est rompu. L'homme est alors dans l'obligation de se confronter à cette finitude de manière plus ou moins forte en fonction du motif de la consultation. Une brèche se crée alors par la confrontation à la mortalité, le rendant particulièrement vulnérable dans ce moment particulier de la consultation aux urgences.

Cette phase de vulnérabilité est à analyser particulièrement si l'on cherche à mieux appréhender les mécanismes mis en jeu dans la communication. Elle est notamment à rapprocher du principe de vulnérabilité propre à l'homme. Ce terme de vulnérabilité, par son étymologie latine : *vulnerabilis*, de *vulnus* voulant dire blessure, porte la signification de ce qui peut être blessé, fragile, non immunisé. Cela renvoie à la fragilité de l'existence et donc à sa vulnérabilité en tant qu'être humain. Le fait de venir consulter aux urgences actualise cette vulnérabilité inhérente à son état d'homme : il est dans une phase de fragilité

---

<sup>40</sup> *Idem*, p.10.

supplémentaire d'ordre médical voire psychologique ou social. Cette vulnérabilité le met dans une position vécue comme particulièrement angoissante. Or, si la vulnérabilité exprime pour tous la finitude et la fragilité de l'existence humaine, que nous avons développées à travers l'angoisse du néant due à notre mortalité, elle est aussi l'objet de tout principe moral, en ce qu'elle est un appel à la responsabilité et signale la limite de toute liberté. La mise à jour de cette vulnérabilité nous oblige à une écoute et à un échange réfléchis auprès des personnes que nous prenons en charge pour des soins. Elle nous pousse à approfondir l'analyse de la notion de souci pour comprendre quels sont les mécanismes mis en jeu pouvant induire chez le soignant un souci accru porté à l'autre en face de soi en réaction à ce souci angoissant qu'est la finitude de l'homme.

### **c. L'allégorie du souci, souci de soi, souci des autres et mécanisme de défense**

Cette finitude de l'homme nous amène à approfondir la notion de souci dans différents aspects. Partant de l'allégorie du souci nous arriverons à cerner le souci d'auto préservation. Puis, nous en viendrons au souci des autres et à l'analyse des mécanismes de défense pouvant se mettre en place chez les soignants lors de la confrontation à cette angoisse spécifique.

Pour approfondir la notion de souci, rappelons brièvement son histoire par sa fable créatrice allégorique à l'homme datant de l'empereur Auguste. Ecrite par Hygin, un esclave d'origine ibérique, bibliothécaire érudit, et grand rassembleur de mythe antiques, cette fable décrit le Souci, tel un voyageur, entreprenant de traverser un large fleuve. Cette traversée s'avère difficile et

périlleuse en direction d'un terrain solide mais rugueux, celui de la pensée. Arrivée à l'autre berge le Souci trouve la terre encore humide du fleuve. Le Souci reçoit de Tellus, la Terre, qu'elle lui façonne une forme, puis demande à Jupiter de lui insuffler un esprit. Saturne, dieu du temps, décide d'inscrire cette création dans le temps, marqué par sa mort. Avant qu'elle ne meure, cette création sera au Souci, car c'est lui qui l'a imaginée ; elle s'appellera homo, puisqu'elle est faite d'humus ; après sa mort, Jupiter reprendra l'esprit qu'il a donné et Tellus recevra le corps qu'elle a procuré. Cette allégorie permet de mieux cerner la reprise de cette fable faite par Heidegger en 1925 : « L'homme, tel qu'il est au monde, porte la marque de son être dans le Souci. Le nom que reçoit l'homme, homo, ne fait pas référence à son être mais bien à ce dont il est fait, humus. Quant au Souci, l'être 'original' de cette 'statue', c'est sur lui que porte la décision de Saturne »<sup>41</sup>. Ainsi l'homme est un être soumis au temps par la décision de Saturne. Il ne s'appelle homme que parce qu'il est fait d'humus mais sa réalité est bien plus dans le temps, marqué par sa fin et donc voué au souci. Nous voyons ici se dessiner la possibilité d'un souci vital pour l'homme. Ce souci de sa propre vie l'inscrit dans une temporalité. Sachant qu'il ne sera plus, il comprend que le temps est l'horizon devant lequel il perçoit sa signification d'être. Devant cet horizon, il se soucie de sa propre préservation. « Si l'habitude, relâchement face au temps, voit s'accomplir l'auto-préservation, l'urgence est un reflet du Souci, de la tension qui peut s'instaurer entre l'être et le temps »<sup>42</sup>. Ainsi comme nous le soulignons plus haut, dans le déroulement ordinaire de la vie, la finitude de toute vie et ce rapport si particulier que l'homme entretient avec le temps reste en retrait par la force des habitudes. L'urgence réactive de manière aigüe ce lien temporel et le fait passer au premier plan, rendant le souci de soi incontournable. Aucun artifice n'est alors assez fort pour permettre de faire passer sa mortalité au second plan : elle envahit le champ des pensées. Or, nous ne pouvons nier l'appétit de vivre des êtres vivants. Donc, dans le but de survivre, l'instinct leur commande

---

<sup>41</sup>. Martin Heidegger, *Etre et temps*, Paris, Gallimard, 1986, p. 248.

<sup>42</sup>. Didier Houssin, *Maintenant ou trop tard*, op. cit., p. 17.

des réactions d'une vivacité inouïe. Le souci de soi nous pousse donc à dépasser nos capacités en vue de protéger sa vie. Pourtant, en dépit de ces efforts, un moment vient où la vie cesse car la mort est un phénomène de la vie. Comme vécu à l'avance, cet événement est certain, mais de date indéterminée, attendu, mais non partageable ; « Le trépas est comme un rendez-vous avec soi même »<sup>43</sup>. Cette échéance n'est pas simplement l'angoisse de la survenue du décès, elle isole l'homme par son souci de devoir compter avec le temps. L'homme possède donc à la fois l'instinct de survie et le souci de soi.

Par extension, nous en arrivons à penser que c'est le souci de soi qui va être la base de la réaction urgente d'où va émerger la notion de secours pour les professionnels. En effet, nous allons secourir l'autre par amitié car « c'est bien par souci de soi qu'il faut avoir des amis »<sup>44</sup>. Nous pouvons comprendre cette citation comme un souci des autres dans le but de sa propre préservation. Il nous faudrait aider l'autre avant tout parce que nous avons besoin de lui pour nous préserver en retour. Ainsi, en affirmant l'homme comme un être communautaire, le souci de soi ouvre la voie au souci des autres. Partageant à la fois cette finitude avec tous les autres humains, le souci de notre auto préservation s'étend à la protection de la vie d'autrui.

De plus, pour tendre à une exhaustivité, il serait judicieux d'y ajouter la part de mécanisme de défense auquel nous sommes soumis, en tant que soignant. En effet, la finitude de l'être de l'autre qui se présente en souffrance face à nous peut nous renvoyer par projection à notre propre mortalité et rajouter une difficulté supplémentaire à entrer en relation dans certaines situations. Des mécanismes de défense assurent alors un rôle de protection nous empêchant par là même de pouvoir avoir des échanges de bonne qualité avec la personne soignée. Il s'agit notamment des situations de détresse vitale nous renvoient parfois à nos propres angoisses ontologiques. Il semble donc important de prendre conscience

---

<sup>43</sup>. D. Houssin, *Maintenant ou trop tard*, op. cit., p. 18.

<sup>44</sup>. Michel Foucault, *L'herméneutique du sujet*, op. cit., p. 188.

de la possibilité de confrontation à ces situations de par nos fonctions réciproques. Pour essayer de mieux cerner ce phénomène d'angoisse, nous sommes amenés à nous y préparer hors cadre d'urgence par des réunions de synthèse. L'expérience pratique, elle aussi, nous permet d'acquérir des stratégies afin de mieux faire face à nos propres angoisses pour pouvoir être aidant pour le patient. L'une de ces méthodes peut être de recourir à un tiers, un autre membre de l'équipe soignante : dans certaines situations difficiles nous pouvons avoir recours à des collègues afin de ne pas porter seuls ces attentes angoissantes.

Cette notion de souci semble donc ouvrir la voie à de nombreuses analyses permettant de prendre la mesure d'enjeux plus profonds dans l'établissement de la relation à la personne venant consulter. Il serait facile de réduire les informations à recueillir aux simples éléments purement accidentels l'ayant fait consulter. L'organisation des urgences, en constante amélioration, rend d'ailleurs le recueil, l'analyse et la redistribution des informations de plus en plus procéduraux et par la même rigoureux. Nous pensons qu'il nous faut pourtant rester vigilant car derrière les raisons purement factuelles de recours aux urgences, l'analyse des particularités propres à ces services laisse émerger des problématiques spécifiques en termes d'entrée en relation, de communication. Il nous faut notamment faire face à une angoisse bien plus essentielle que la simple anxiété que nous croyons cerner d'un seul coup d'œil dès l'arrivée.

Nous envisageons alors un élargissement de cette vision qui, bien qu'ayant fait ses preuves dans la direction de la réactivité technique face à la situation exposée, ne saurait répondre à l'ensemble de ce qui se joue dans le passage d'une personne aux urgences. Nous allons donc envisager des pistes organisationnelles complémentaires dans le champ relationnel à travailler afin que la prise en charge ne tendent pas vers une standardisation efficiente mais creusant l'écart entre efficacité technique objective et demande subjective.

### Troisième chapitre :

#### ***PISTES COMPLEMENTAIRES ENVISAGEABLES***

Suite à l'analyse que nous venons de fournir sur les particularités à prendre en compte dans l'établissement de la communication aux urgences, nous pouvons en arriver à compléter la rigueur dont il faut que nous fassions preuve pour mettre en avant d'autres notions qui semble devoir guider nos interactions avec l'autre en demande de soins.

En effet, si comme nous l'avons développé en première partie les données à recueillir sont multiples, que par une communication de bonne qualité elles doivent circuler entre tous les protagonistes en suivant un cadre et des procédures particulières, l'analyse plus fine des particularités pouvant influencer dans la relation qui s'établit avec le soigné aux urgences nous invite à nous interroger. En effet, il devient réducteur de croire que le fait d'avoir de bonnes procédures permettant aux informations de circuler correctement, par une organisation toujours améliorée, soit garant d'une communication entièrement satisfaisante. Si dans une certaine mesure ces éléments permettent aux soignants d'avancer, le recueil de ces seuls faits ne correspond pas à l'ensemble de ce que le patient veut transmettre. Cela peut en outre mettre en péril la bonne compliance aux soins. Le patient n'a pas une détermination satisfaisante par rapport à ce qui lui est proposé. Il peut avoir la sensation que la solution donnée ne correspond pas à ses attentes s'il n'a pas verbalisé celles-ci.

Nous allons donc envisager une communication plus réfléchie, non pas simplement utilitariste mais mêlant la nécessaire rigueur dans la circulation

des informations au besoin que verbalise le patient de bénéficier d'une écoute particulière, à la mesure des particularités liées aux urgences.

Nous allons donc dans cette troisième partie essayer de mettre en lumière la nécessaire autonomisation de chacun des protagonistes dans l'établissement de la communication pour enrichir la relation. Nous passerons par une définition de l'autonomie puis nous analyserons cette notion à partir de philosophes des lumières. Nous en viendrons ensuite à analyser la nécessaire responsabilisation des acteurs des urgences dans cette communication en analysant la responsabilisation pour Autrui grâce à Levinas. Enfin nous nuancerons ces travaux à la lumière d'un certain nombre de limites liées à notre pratique pour en arriver à une juste mesure pour tendre vers une communication suffisamment « bonne ».

## **1. Par autonomisation**

Nous allons tout d'abord explorer la notion d'autonomie afin de nuancer ce besoin de toujours rajouter des procédures tendant à une exhaustivité dans le recueil de données. Partant de sa définition, nous verrons les développements qu'en ont faits d'une part Jean-Jacques Rousseau puis Emmanuel Kant. Cela nous permettra d'envisager une complémentarité entre la rigueur procédurale et une communication plus empreinte d'autonomie auprès des patients.

### a. Définition de l'autonomie

L'autonomie, d'après André Lalande<sup>45</sup>, est étymologiquement, la « condition d'une personne ou d'une collectivité autonome, c'est-à-dire qui détermine elle-même la loi à laquelle elle se soumet ». Il s'agit donc de la capacité à se donner sa propre loi. C'est la condition d'un individu susceptible de se déterminer par lui-même, possédant le droit de se régir par ses propres lois.

Il ne s'agit pas ici de remettre en question toutes les bases de fonctionnement des urgences. Les règles, protocoles et procédures de recueil de données ont montré leur grande efficacité dans l'amélioration de la prise en charge en évitant les erreurs. Pour en prendre un exemple, avant la mise en place de l'infirmière d'accueil et d'orientation, les patients n'étaient pas reçus un par un dès leur arrivée aux fins d'un interrogatoire et de la prise d'un certain nombre de paramètres vitaux. D'après des soignants ayant connu ce mode de fonctionnement, certains patientaient donc trop longtemps sans que les facteurs de gravité aient pu être identifiés ; ce qui pouvait avoir des conséquences préjudiciables pour la suite de la prise en charge et même pour le pronostic vital. Forte de ces constatations, la standardisation de l'accueil des patients prouve donc chaque jour son utilité.

Il ne s'agit pas non plus de remettre en questions les règles professionnelles de chaque catégorie de soignant qui interviennent aux urgences, celles-ci permettant à chacun d'agir suivant un certain nombre de prérogatives incontournables et indispensables. Pourtant une réflexion sur la communication en équipe peut être intéressante. Ce besoin d'information donne à chacun, selon sa fonction et le moment de son intervention dans la prise en charge la même légitimité pour recueillir des informations importantes. La personne peut en effet choisir de se confier sur un point précis lors d'un soin corporel assuré par un aide

---

<sup>45</sup>. André Lalande, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, op. cit., p. 101.

soignant car elle sentira ce professionnel à l'écoute et disponible à ce moment là, du fait de la distance interpersonnelle notamment (cf. les éléments facilitant l'entrée en relation). Cette information peut être primordiale et influencer l'ensemble de la prise en charge ultérieure. La participation de chacun dans la collecte des informations me semble être un point fondamental et très important car elle valorise chacun à son niveau. En effet, il me semble important ici de dépasser le rôle parfois restreint dévolu à chacun pour replacer le recueil de données dans un champ d'action plus vaste. En effet, on ne peut pas présumer de qui va devenir l'interlocuteur élu pour se confier par le patient lors de son arrivée dans ce service inconnu. Ainsi chacun est porteur d'une partie de ce besoin de recueil de données dans chacune de ces interventions auprès du patient.

Si les preuves ne sont plus à donner de l'amélioration de la qualité de la prise en charge avec l'amélioration de l'accueil et la standardisation dans le recueil de données nous ne pouvons pas réduire cet accueil à l'application de ces procédures comme étant une fin en soi. En effet, la qualité d'entrée de relation avec la personne soignée est aussi importante sinon plus que les informations utilisables qui sont collectées. Il est primordial de savoir créer et maintenir ce lien parfois ténu.

Il s'agit donc plutôt ici de réfléchir sur ce que chacun peut ajouter personnellement dans le domaine particulier de l'entrée en relation et de la communication. Ainsi, partant de tout ce que nous avons développé sur la circulation des données et la nécessaire rigueur pour une collecte complète des données mais aussi en prenant la mesure des particularités propres aux urgences dans l'entrée en relation, nous voyons qu'il nous faut savoir adapter les procédures, nous astreindre à nos propres lois pour faire place à une certaine moralité dans les interactions. Celles-ci doivent être réfléchies et adaptées au patient pour être satisfaisantes. Tout ne peut et ne doit pas nous être dicté de l'extérieur pour nous laisser un espace suffisant afin de s'adapter aux variations interindividuelles (ressenti par rapport au choix, au temps, au souci). Nous avons notamment un rôle à jouer pour nous astreindre à des lignes de conduite nous laissant plus de souplesse que des protocoles préétablis. Ceux-ci engendrent une

lourdeur excessive et occultent la personne derrière le fonctionnement de notre propre système. Le risque de s'enfermer sous cette chape de plomb est de ne plus laisser advenir la parole de l'autre, de ne plus reconnaître l'autre en tant que sujet. Nous en arriverions à une impasse où dans le but de ne pas passer à côté d'un élément important, nous en viendrions à occulter totalement la personne (cf. chapitre II, 1.). Pour ne pas en arriver à cette extrémité, une piste envisageable est de garder un espace d'autonomie où puisse advenir une certaine « loi » de communication adaptée à laquelle le soignant s'astreint face au soigné

Nous en arrivons donc ici à la notion d'auto gouvernance qui se réfère notamment à deux philosophes des Lumières : Jean-Jacques Rousseau et Emmanuel Kant. Nous allons alors nous attacher à développer ce que l'un et l'autre réfère à cette notion.

### **b. Jean-Jacques Rousseau et l'autonomie**

Nous trouvons tout d'abord la notion d'autonomie chez Jean-Jacques Rousseau dans *Du contrat social ou principes du droit politique* publié en 1762. Il y dessine les grandes lignes d'un modèle de structuration sociale capable de combiner harmonieusement les valeurs propres à l'état de nature avec celles imposées par la vie collective. Il débute d'ailleurs son texte en annonçant : « je veux chercher si, dans l'ordre civil, il peut y avoir quelque règles d'administration légitime et sûre, en prenant les hommes tels qu'ils sont, et les lois telles qu'elles peuvent être »<sup>46</sup>. Rousseau tente donc de trouver des points de convergence entre la liberté propre à l'homme à l'état naturel et les lois de la société pour créer des règles applicables et justes permettant la vie communautaire. Dans le livre I,

---

<sup>46</sup>. J.-J. Rousseau, *Du contrat social*, Paris, Le livre de poche, 1996, p. 45.

chapitre VIII, il admet que « ce passage de l'état de nature à l'état civil produit dans l'homme un changement très remarquable, en substituant dans sa conduite la justice à l'instinct, et en donnant à ses actions la moralité qui leur manquait auparavant. »<sup>47</sup>. Rousseau met donc l'accent sur la modification qui s'opère chez l'individu. Lui qui n'était mu que par son instinct animal à l'état de nature se voit contraint à la justice et même plus, à la moralité. Cette moralité est objective dans le sens où elle procède de la généralité de la loi, son critère est l'universalité. Elle se distingue de l'appréciation subjective, voire arbitraire, de la moralité, quand, à l'état de nature, les hommes ne disposent que de leur seul jugement particulier. Il souligne que l'homme se voit alors dans l'obligation de consulter sa raison avant d'écouter ses penchants. Nous pourrions donc y voir une réduction importante de sa liberté mais Rousseau poursuit en expliquant les bénéfices importants que lui procurent le passage à l'état civil (ses facultés s'exercent et se développent, ses idées s'étendent, ses sentiments s'ennoblissent, son âme toute entière s'élève). Pourtant, il nous ramène aussi à nos limites en soulignant que « si les abus de cette nouvelle condition ne le dégradent souvent au dessous de celle dont il est sorti, il devrait bénir sans cesse l'instant heureux qui l'en arracha »<sup>48</sup> Il pointe ici les faiblesses humaines qui par les abus le font perdre tous les bénéfices accessibles à l'état civil. Il faut ici faire une distinction entre liberté naturelle qui relève de l'individu et liberté civile qui procède de la volonté générale. Ce qu'il estime être un acquis important de l'état civil, c'est « 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 ». Rousseau nous explique ici que l'état de nature dans lequel nous n'étions pas maître de nous-même car soumis aux impératifs de nos instincts naturels comme des animaux stupides et bornés, a laissé place à un être intelligent, un homme, qui ayant posé des lois comme justes en les soumettant à une analyse de sa raison peut s'y soumettre librement. De là découle l'idée de contrat entre les individus qui, parce

---

<sup>47</sup>. *Idem*, Livre I, Chapitre VIII, p. 57.

<sup>48</sup> *Ibidem*, p. 57.

qu'ils ne sont soumis qu'à des conventions auxquelles ils ont librement souscrit, n'obéissent à personne, mais seulement à leur propre volonté. Ils sont donc libres. La liberté réside dans l'autonomie de la volonté car, à la faveur du pacte, j'ai volontairement posé une loi à laquelle je me suis fait la promesse d'obéir : la liberté est liée au devoir. Or, et c'est un point capital, cette loi n'est pas une loi subjective, elle est objective car liée à la volonté générale. L'autonomie et la liberté sont donc libérées de se soumettre à ce que nous considérons comme raisonnable en tant qu'homme d'après Rousseau.

Dans le cadre qui nous intéresse, il est alors envisageable d'appliquer à la communication qui s'établit entre soignants et soigné ce principe d'autonomie. A partir du fonctionnement du service des urgences tel qu'il est organisé, nous pouvons dire que les procédures auxquelles nous nous astreignons font suite à des considérations à l'avance pensées et estimées justes pour la prise en charge la plus utile possible de la personne en demande de soin. Nous sommes donc autonomes car libre de nous astreindre à cette rigueur dans le but de répondre à une volonté générale de soin de qualité. Cette autonomie alors liberté de rigueur aux lois fixés en termes de standardisation dans le recueil comme étant la chose la plus raisonnable à acquérir dans le premier temps de l'accueil de la personne. Elle devient aussi liberté de s'astreindre à une communication qui tient compte des particularités de l'entrée en relation aux urgences après l'analyse que nous en avons faite. Cette souplesse est indispensable car moralement juste pour répondre à l'attente en terme de relation de la personne soignée. Nous devons donc chercher à analyser le silence lorsque celui-ci advient, reconnaître les difficultés de certains vis-à-vis des contraintes temporelles et les mettre en mots, de les expliciter, faire verbaliser l'angoisse essentielle lorsque celle-ci envahit tout le champ de la pensée. Ceci car après nos réflexions, il nous apparait qu'il est moralement juste d'en tenir compte. Cette écoute particulière est attendue des soignants par les personnes venant consulter car les particularités des urgences s'imposent à eux lors de leur venue. Or, aucune procédure standard ne saurait prendre la mesure d'une telle diversité d'écoute. Seule notre autonomie, en tant

qu'elle est la loi à laquelle nous nous soumettons car nous la considérons comme juste, peut nous astreindre avec souplesse à une telle écoute.

### **c. L'autonomie selon Emmanuel Kant**

Le travail sur l'autonomie et la liberté que fait Rousseau à partir des lois de la société, Emmanuel Kant va le faire en partant d'une réflexion sur les lois de moralité. Pour lui, et dans un sens éthique, « l'autonomie de la volonté est le caractère de la volonté pure en tant qu'elle ne se déterminerait qu'en vertu de sa propre essence, c'est-à-dire par la seule forme universelle de la loi morale, à l'exclusion de tout motif sensible »<sup>49</sup>. En effet, selon lui, l'éthique, ou philosophie morale est la science des lois de la liberté. Dans *Fondements de la métaphysique des mœurs* il explique que cette science des lois de la volonté de l'homme a une partie empirique désignée par le terme d'anthropologie pratique en ce sens qu'elle est affectée par la nature (c'est-à-dire les lois de ce qui doit arriver tout en devant tenir compte des conditions qui font que souvent aussi cela n'arrive pas) et une partie rationnelle nommée morale. Kant tente de restreindre son étude à une philosophie morale pure entièrement dégagée de tout élément empirique pour mettre à jour le devoir et les lois morales. Partant de cette restriction il tend à induire que nos actions soient non plus déterminées par des dogmes extérieurs (hétéronomie) mais soient accomplies en vertu de notre volonté soumise à un impératif d'universalisation. Il s'agit alors ici d'un principe de moralité que Kant a présenté dans la préface aux *Fondements de la métaphysique des mœurs*. Ce principe se présente comme un impératif catégorique qui, s'énonce ainsi : « Agis uniquement d'après la maxime qui fait que tu puisses vouloir en même temps qu'elle devienne une loi universelle ». Et d'ajouter : « Tout le monde conviendra

---

<sup>49</sup>. André Lalande, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, op. cit., p. 101.

qu'une loi, pour avoir une valeur morale, c'est-à-dire pour fonder une obligation, doit être marquée d'un caractère de nécessité absolue »<sup>50</sup>. Et il y ajoute que ceci est fondé sur la raison même. Son système de moralité repose dès lors sur des devoirs moraux qui découlent de l'homme en tant qu'être raisonnable. La philosophie morale donne à l'homme « des lois a priori en tant qu'il est un être raisonnable »<sup>51</sup>. Ces devoirs ne viennent pas hors de l'homme mais sont créés par lui en tant qu'être raisonnable. En se souvenant de Rousseau qui écrivait que « l'impulsion du seul appétit est esclavage et l'obéissance à la loi que l'on s'est prescrite est liberté »<sup>52</sup>, nous voyons qu'une fois encore, ici, l'homme ne se soumet en définitive qu'à sa propre législation car pour obéir, il faut être libre. Dans la servitude, il n'est pas d'obéissance, mais seulement résignation ou révolte. L'obéissance véritable suppose que le principe du commandement soit intérieur. Ainsi, si la volonté obéit à sa propre loi raisonnable, il est aisé d'admettre qu'elle n'ait pas besoin de contrainte extérieure. Donc, lorsqu'il soumet l'action à l'épreuve d'universalisation, il admet que dans sa délibération il doit déterminer raisonnablement si celle-ci est intrinsèquement juste ou moralement correcte. Si l'action ne peut être universalisée sans lever des réticences, elle est alors à suspendre. Ainsi, chaque professionnel des urgences soumis à cet impératif se doit de peser ses interventions auprès des patients en se demandant s'il serait souhaitable que son comportement soit reproduit universellement. Le fait d'être à l'écoute des informations disponibles utilisables peut donc être entendu comme une chose universellement souhaitable dans le sens où elle a pour but une meilleure prise en charge de la personne venant consulter aux urgences. Elle permet de gagner du temps, de ne pas perdre ou diluer les informations et semble donc moralement satisfaisante. En ce sens, elle est susceptible d'être étendue de manière universelle et chacun des différents acteurs peut donc l'appliquer comme principe moral en usant de sa liberté dans un acte

---

<sup>50</sup>. Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Paris, Bordas, 1988, p. 9.

<sup>51</sup>. *Idem*, p.10.

<sup>52</sup>. Jean-Jacques Rousseau, *Du contrat social*, op. cit., Livre I, Chapitre VIII, p. 57.

volontaire. Cependant, il est tout autant moralement juste de chercher à entendre l'ensemble de ce que le patient a à transmettre sans se limiter aux informations utiles à la délibération et à la décision médicale. En effet, nous ne pourrions être que réticent à voir une communication interrompue par le soignant. Nous ne pourrions pas souhaiter que cela nous soit appliqué sans en être frustré. Le principe d'universalisation ne pouvant s'appliquer il semble aisé de dire, pour suivre la démarche de Kant, que chaque patient se doit d'être écouté dans la verbalisation de ses angoisses, de ses interrogations, dans son ressenti de l'attente sous peine d'enfreindre les lois d'universalisation de tout principe moral.

Pour aller plus loin, nous pouvons ajouter que l'autonomie est le principe de moralité dans le sens où elle est la condition nécessaire qui rend la moralité possible. Si tous nos faits et gestes nous sont imposés, la question de la moralité ne se pose plus car nous n'avons plus le choix d'accomplir ou non une action. Alors que la standardisation poussée à son extrême nous enlèverait toute capacité d'autonomie, qu'elle nous empêcherait de faire intervenir notre raisonnement afin de déterminer si une action est moralement juste ou non, l'impératif catégorique de Kant nous fournit une norme pour l'action moralement juste et possède donc une fonction d'évaluation morale dans l'espace de liberté d'action que nous possédons. Nous en arrivons alors à la notion d'auto-gérance qui découle de la notion de liberté, et est l'essence de l'autonomie.

Pour ces deux philosophes une personne est autonome si elle n'est soumise qu'à sa propre législation : lois d'une société pour Rousseau et lois de moralité pour Kant. La liberté s'exprime donc lorsque l'homme libre voit les fins justes de la vie et crée un cadre d'action pour les réaliser. Ce cadre est légiféré. Il s'agit de la vraie liberté selon Kant, de la liberté la plus élevée pour Rousseau. Pour nous en tant que soignant, cette autonomie est un espace de liberté dans lequel s'exerce notre jugement. En compléments des textes réglementant nos professions et des procédures de standardisation dictées par le service, ce libre arbitre nous donne la possibilité de mettre en place une communication à l'écoute de chacun dans ce qu'il a de plus unique par rapport à son ressenti à l'arrivée aux urgences. Cette souplesse dans la relation est à protéger dans le sens où aucun

autre moyen que la relation humaine interindividuelle ne saurait laisser passer ces subtiles émotions liées à l'urgence. Cette exigence semble devoir rester au premier plan comme étant moralement juste et universellement souhaitable. Elle nécessite une prise de conscience de leur responsabilité du côté des soignants afin qu'ils prennent la mesure de l'importance de ces échanges.

## **2. Par la responsabilisation**

### **a. Définition de la responsabilité**

Liée à l'autonomisation, la responsabilisation doit être traitée en parallèle. La responsabilité peut être tout d'abord définie comme « situation ou caractère de celui qui peut être appelé à 'répondre' d'un fait »<sup>53</sup>. La responsabilité s'énonce pour un individu. Elle concerne un fait, une action dont on peut être amené à rendre compte a posteriori. Dans une orientation plus ciblée sur la responsabilité morale, André Lalande écrit qu'il s'agit d'une « situation d'un agent conscient à l'égard des actes qu'il a réellement voulus. Elle consiste en ce qu'il peut alors, devant tout être raisonnable, en donner les motifs, et qu'il doit, suivant la valeur et la nature de ceux-ci, encourir le blâme ou l'estime qui s'y attachent »<sup>54</sup>. Nous notons tout d'abord donc que cette responsabilité morale s'exerce sur des actes effectués de manière volontaire. Pour reprendre ce que nous

---

<sup>53</sup>. André Lalande, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, op. cit., p. 926.

<sup>54</sup>. *Idem*, p. 927.

avons développé plus haut, il faut dans un premier temps partir du principe que cet homme est autonome, assez libre de ses actes pour les accomplir volontairement. S'il n'est que soumission à l'ordre extérieur, il n'y a plus d'acte volontaire possible. Nous admettons ici qu'il procède à un choix entre différentes actions possibles. Suite à ce choix, la personne peut être amenée, à distance à expliquer pourquoi elle a choisi cette option plutôt qu'une autre pour agir. De plus, nous sommes ici dans le cadre particulier où nous pouvons avoir des comptes à rendre à une personne raisonnable. Cet autre est qualifié de raisonnable car sa raison seule lui permet de porter un jugement sur ce qui a été fait. Ici va donc s'exercer un sentiment de responsabilité vis-à-vis des actes que l'on est amené à faire aux urgences, du type de communication que nous employons.

Dans le cadre qui nous intéresse, chacun des protagonistes est responsable dans la communication : le recueil d'informations puis la transmission des données dont il se trouve être le dépositaire. Pourtant, cette responsabilité s'étend au delà du recueil standard des données car il n'est pas raisonnablement souhaitable à la lumière de l'analyse que nous avons menée de nous restreindre à une communication purement utile. Nous devenons responsables de tous les éléments qui nous sont perceptibles (ressenti de l'attente, angoisse...), au-delà de la restitution des informations attendues pour la résolution du problème de santé.

Dans la relation qui s'établit entre le soignant et la personne en demande de soin nous sommes donc responsables en partie de la qualité des échanges. Pour prendre un exemple, en ce qui concerne la prise en charge d'une femme qui souhaiterait ne pouvoir parler qu'à un soignant du même sexe, il faut se donner les moyens, autant que faire se peut, de pouvoir accéder à sa demande dans le but de faciliter les échanges. Pour résumer, il nous faut prendre la mesure de la responsabilité qui nous incombe dans ce domaine communicationnel entre soignant et soigné.

Dans un autre axe de réflexion par rapport à la communication, celle qui s'exerce entre professionnel mérite aussi que l'on s'y intéresse. En effet,

la transmission des informations recueillies dans la relation interindividuelle doit être effective car la perte des données peut engendrer des conséquences préjudiciables. Ceci est d'autant plus vrai aux urgences car comme nous l'avons vu, l'équipe est pluridisciplinaire, ce qui est particulièrement à risque de dilution des responsabilités : chacun pouvant croire l'autre responsable, la chaîne de la transmission est donc fragile. Malgré les outils, un travail sur la responsabilisation de chacun doit pouvoir permettre de mieux travailler les échanges d'informations entre professionnels.

Au-delà de la responsabilité dans la communication avec le patient et avec les autres professionnels, nous pouvons étendre cette notion de responsabilité à l'homme par l'analyse de la responsabilisation pour autrui qu'a développé Emmanuel Levinas.

### **b. La responsabilité pour autrui chez Levinas**

Ceci peut être mis en relation avec la notion de responsabilité pour autrui que Levinas explicite dans *Ethique et infini*. Il nous amène à penser la relation à autrui tout d'abord par le détour de l'analyse du visage. Ce thème qu'il a abordé dans *Totalité et infini*, il le reprend pour expliquer ce qui se passe quand je regarde autrui face à face. Pour lui, « l'accès au visage est d'emblée éthique. »<sup>55</sup>. C'est-à-dire qu'il estime que le fait de voir le visage de l'autre, non pas de le décrire mais de rentrer en contact avec lui, nous rend responsable. Le visage en lui-même est sens, signification non réductible à une simple perception ou à ce que l'on fait. Cette rencontre nous oblige par le fait qu'autrui est visage mais aussi par le fait qu'il parle et que je lui parle. Nous voyons ici que « visage et discours

---

<sup>55</sup>. E. Levinas, *Ethique et infini*, Paris, Le livre de poche, biblio essais, 1982, p. 79.

sont liés. Le visage parle. Il parle, en ceci que c'est lui qui rend possible et commence tout discours »<sup>56</sup>. Levinas nous dit ici que la relation authentique à autrui ne commence que par le discours via le visage. C'est le fait que devant le visage nous ne restons pas simplement à le contempler, nous lui répondons. Pour lui, à ce moment là, le fait de saluer autrui c'est déjà répondre de lui. Nous arrivons ici à ce qui nous intéresse plus particulièrement, à savoir la notion de responsabilité qui s'exerce par la parole dans la relation à l'autre. La communication s'instaure et inmanquablement nous sommes responsables dans la réponse que nous apportons. Cette notion de responsabilité morale est reprise dans un autre ouvrage, *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*. Il décrit alors celle-ci comme structure essentielle de la subjectivité. Il explicite cette pensée plus loin lorsqu'il souligne que « dès lors qu'autrui me regarde, j'en suis responsable, sans même avoir à *prendre* de responsabilités à son égard ; sa responsabilité *m'incombe*. »<sup>57</sup> Ainsi, de par notre subjectivité, nous sommes responsables d'autrui, de ce que nous faisons pour autrui, mais cela va bien au-delà car pour E. Levinas, nous sommes responsables de la responsabilité même d'autrui. Nous comprenons bien que les actes que nous faisons nous même peuvent être soumis à un jugement moral a posteriori mais cette responsabilité va plus loin pour Levinas. Notre subjectivité nous oblige à une responsabilité pour autrui. Nous nous trouvons donc dans une proximité à l'autre du fait même que nous sentons responsable de lui. « Le lien avec autrui 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. »<sup>58</sup> Il s'agit alors d'en prendre conscience pour lui, car il s'agit d'un fait fondamental de notre subjectivité contre lequel on ne peut rien. Il nous faut l'assumer. Le visage d'autrui m'engage. Pour aller plus loin, nous pourrions ajouter que la relation intersubjective est une relation non symétrique. En ce sens,

---

<sup>56</sup>. *Idem*, p. 82.

<sup>57</sup>. *Ibidem*, p. 92.

<sup>58</sup>. *Ibidem*, p. 93.

nous sommes responsables d'autrui sans attendre la réciprocité. La réciprocité c'est son affaire.

En tant que professionnel, par extension, mais avant tout en tant qu'homme, quel que soit notre rôle à jouer auprès du patient, nous sommes donc responsables pour cet autre en face de nous. S'il s'agit d'un universel pour tous les hommes. Ceci acquiert une résonance particulière dans la pratique car cela nous implique au-delà du rôle qui est attribué à chacun. Tous et chacun, nous sommes responsables dans les échanges. Cette responsabilité nous incombe quel que soit notre fonction. Cela ne saurait être réductible à quelque fonctionnement de service et doit naturellement venir compléter la prise en charge relationnelle à porter à chaque personne se présentant aux urgences.

### **3. D'une certaine aporie à une juste mesure**

#### **a. Mise en place de l'aporie**

Nous avons vu que les échanges qui se mettent en place entre soignants et soignés ne peuvent pas se restreindre à une systématisation de la prise en charge identique pour tous et qu'il faut travailler à garder des espaces de liberté propres à ce que chacun des intervenants puissent faire preuve de subjectivité.

Cette autonomie passe notamment par le fait de prendre la mesure de la part de subjectivité qui tend à s'exprimer pour chaque personne en demande de soin comme un principe moral universel. Cette liberté est aussi celle de se

sentir responsable de l'autre en face de soi, d'autant plus qu'il est dans une phase de vulnérabilité particulière qui modifie ses interactions habituelles avec les autres. Il semble qu'il faille donc ne pas omettre les particularités des urgences dans l'établissement de la communication au patient et garder en mémoire ces axes de travail sur l'autonomie et la responsabilité pour autrui afin d'améliorer nos capacités d'écoute.

Pourtant, il semble indispensable, par honnêteté, de noter que cet effort de mettre plus que de l'utile dans la relation est parfois mis à mal par un certain nombre de contraintes avec lesquelles il faut compter. La contrainte temporelle, bien que déjà évoquée semble devoir encore une fois passer au premier plan. Pour en expliquer l'ampleur il nous suffit de voir que le succès des urgences nous oblige à accueillir de nombreuses personnes. Ne pouvant pas présumer de la gravité des symptômes des personnes encore en attente nous nous devons d'être le plus rapide possible, ce qui ne manque pas de fausser le travail précédemment cité. De plus, la répétition de ces multiples accueils peut nous rendre moins disponibles à l'écoute en fin de journée, ce qui ne manque pas d'être souligné par les soignants. Il semble donc qu'il faille faire preuve d'une rigueur importante, gage d'exactitude et de précision, qui puisse tendre à ce que chaque personne bénéficie au moins d'une qualité d'écoute minimale. Les procédures mises en place pour le recueil des informations sont donc à valoriser dans ce sens.

Nous en arrivons donc à une aporie où d'un côté la tendance à la standardisation telle que nous la connaissons a fait ses preuves aux fins de rétablir la santé des personnes se présentant aux urgences. De l'autre, les pistes envisagées ont montré leur intérêt dans la non réductibilité des patients à leur seul problème corporel dans une approche plus holistique rendant compte du sujet dans ses dimensions d'attente et de souci.

Ces fins n'étant pas strictement contradictoires mais bien plutôt complémentaires, il nous semble arriver à une aporie. En effet, nous nous trouvons dans une incertitude par rapport à la solution à adopter. Dans ce moment d'incertitude il semble qu'il faille délibérer. La délibération se définit alors

comme un « état psychologique dans lequel on se trouve, lorsqu'ayant conçu un acte volontaire comme possible, on en suspend l'exécution jusqu'à nouvel ordre pour examiner d'une façon consciente et réfléchie, s'il faut ou non l'accomplir »<sup>59</sup>. Nous voyons ici dans notre réflexion que cet acte volontaire est le mode d'entrée en relation, le type de communication à mettre en place. Nous avons conçu deux manières différentes de traiter le recueil d'informations : l'une très rigoureuse mettant en jeu une communication utile dans un but d'exhaustivité des données nécessaires à la résolution du problème médical, l'autre plus souple laissant la place à une expression plus libre de la parole pour permettre d'accéder à une vision plus globale de la situation pour la personne. Avant de faire le choix de l'une ou l'autre de ces méthodes, nous en suspendons l'exécution pour examiner qu'elle est celle qui semble la plus adaptée. Nous faisons alors preuve d'une certaine autonomie en ce sens que nous exerçons notre liberté pour réfléchir sur ce qu'il est préférable de faire et Aristote nous apporte des pistes à explorer pour enrichir cet axe de travail.

### **b. Le concept de bien chez Aristote**

Afin de réfléchir sur ce qu'il est souhaitable de faire, il nous faut d'ores et déjà revenir sur la notion de bien chez les philosophes. Nous allons donc nous pencher sur le Bien pour Platon puis chez Aristote pour tenter d'apercevoir dans quelle direction il nous est possible de travailler.

Pour Platon dans le *Menon*, seule l'Idée de Bien ou le Bien en soi doit faire l'objet de notre recherche. Pour lui en effet, l'Idée prime c'est-à-dire la forme commune, ce qui fait l'unité de la pluralité. Pour en revenir à un contexte

---

<sup>59</sup>. André Lalande, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, op. cit., p. 214.

médical, nous ne pouvons parler de bien agir en médecine sans se référer à l'Idée de Bien en général. Ceci constituerait alors une limite en soi à notre étude car il s'agirait alors d'une invitation à se détourner de l'expérience. Or notre propos est justement d'essayer de trouver des recours utilisables dans la pratique. C'est ici qu'Aristote nous apporte une solution car il va s'opposer à son maître sur ce point. Pour lui, « on a parfaitement défini le bien quand on a dit qu'il est l'objet de tous les vœux »<sup>60</sup>. Par cette définition, Aristote introduit la notion de bien pour nous et non plus de Bien en soi. Cela nous permet de réintroduire une notion plus expérimentale par le fait que le bien est ce que les hommes cherchent, ce vers quoi ils tendent. Ainsi, l'inspiration aristotélécienne est une invitation à se lancer dans l'expérience que nous pouvons reprendre à notre compte dans la pratique soignante.

Nous comprenons alors que les biens sont en fait des fins et Aristote va plus loin pour nous indiquer qu'il n'y a qu'un bien qui soit une fin en soi et que ce bien suprême est le bonheur. « Le bonheur est certainement quelque chose qui est définitif, parfait, et qui se suffit à soi-même, puisqu'il est la fin de tous les actes possibles à l'homme »<sup>61</sup>. Le bonheur semble donc se caractériser par sa complétude et pour en revenir à notre réflexion, nous en venons à penser que la restitution à un homme de sa santé peut constituer un objectif pour nous soignant mais qu'il faut nuancer cette fin car il ne s'agit que d'un moyen ayant pour but ultime de faire accéder la personne au bonheur. La santé n'est qu'une chose utile et recherchée en vue de choses autres qu'elle-même. La restriction du problème à la seule composante somatique défaillante devient alors trop réductrice. Elle ne rend pas compte de toutes les composantes permettant d'atteindre le bonheur. Encore nous faut-il définir ce qu'est le bonheur. Aristote écrit que « c'est sur la nature et l'essence du bonheur que les opinions se partagent »<sup>62</sup>. Ainsi, il faut

---

<sup>60</sup>. Aristote, *Ethique à Nicomaque*, Paris, Le livre de poche, classiques de la philosophie, 1992, p. 35.

<sup>61</sup>. *Idem*, p. 51.

<sup>62</sup>. *Ibidem*, p. 40.

comprendre ici que si le bonheur est toujours ce qui est recherché, il ne s'agit pas du même bonheur pour tous. Les uns verront le bonheur dans le recouvrement de leurs capacités physiques antérieures alors que pour d'autres la réparation de leur corps s'avérera insuffisant au bonheur. Il s'agit ici d'une première manière d'aborder le bien du côté de la personne en demande de soin. Cela peut nous amener à penser qu'il n'y a pas de solution générale possible à mettre à jour pour améliorer notre rôle de soignant et que le cas par cas seul peut nous conduire à apporter des soins de qualité en tentant de répondre à des exigences de bonheur retrouvé pour chaque personne.

Pourtant, il reste possible de réfléchir dans une autre direction complémentaire en analysant nos pratiques soignantes. Aristote nous invite à poursuivre en soulignant qu'il est alors possible « de se faire une idée du bien et du bonheur par la vie que l'on mène soi-même »<sup>63</sup>. Si le but de la personne en demande de soin est de recouvrir son état de santé comme moyen d'accéder au bonheur, nous pouvons tenter de cerner quel bien nous sommes en mesure de rechercher en tant que professionnels. Nous cherchons alors vers quel type de bien, de bonheur nous pouvons tendre professionnellement en cernant quel est le pouvoir que nous pouvons avoir, en tant qu'homme dans l'obtention de notre propre bonheur. Cherchant à nous situer entre les théories extrêmes de l'impuissance humaine et de la puissance de l'homme, Aristote définit le bonheur comme « l'activité de l'âme conforme à la vertu »<sup>64</sup>. Le bonheur n'est alors ni totalement délié de la fortune, des coups du sort ni totalement déterminé par elle. Le bonheur semble donc accessible par nos propres activités et, s'il ne suffit pas d'être vertueux pour être heureux, la pratique de la vertu peut nous permettre d'accéder au bonheur. En examinant nos pratiques, nous pouvons mettre à jour des objectifs de soin en terme de communication que nous nous fixons et nous voyons que ceux-ci peuvent être multiples mais qu'il semble que la vertu dans leur réalisation soit la véritable fin visée. Nous sommes face à une invitation à

---

<sup>63</sup>. *Ibidem*, p. 42.

<sup>64</sup>. *Ibidem*, p. 61.

exercer notre propre autonomie comme moyen d'accès à ce bonheur. Nous entendons ici par bien, bonheur une certaine forme de satisfaction dans notre relation à l'autre, un épanouissement dans les relations que nous établissons avec cet autre. Notre autonomie passe alors par l'exercice de la vertu comme un type de communication réfléchie, enrichie des analyses que nous avons menées. La communication ne se limite plus à l'utile mais est permise que le sujet advient dans ce qui fait sa singularité. Forts des enseignements que nous avons développés, l'exercice renouvelé de cette communication nous apprend petit à petit à mieux entrer en relation, poussés par la volonté de « bien » faire car « c'est la vertu qui apprend aux hommes à faire le bien »<sup>65</sup>. Il nous faut donc maintenant nous pencher plus avant sur la vertu.

### **c. La vertu comme juste mesure**

Le mot vertu vient étymologiquement du latin *virtus* traduisible par courage et se rapportant à la vertu guerrière. La vertu signifie profondément ce qui est le propre de l'homme. Par extension, être vertueux serait de bien faire l'homme et exercer une vertu aurait le pouvoir de nous rendre plus humain.

Parmi les vertus, ce sont ici les vertus morales qui vont nous permettre d'approfondir notre réflexion. S'il est juste de penser que nous agissons en tant que professionnels dans l'objectif de réaliser des soins conformes à certaines vertus morales, il nous faut expliciter ce que recouvre ce terme de vertu.

Pour Aristote, la vertu est fille de bonnes habitudes. En effet, pour lui, point de vertus sans pratique de celles-ci. Les vertus, « c'est l'habitude qui les

---

<sup>65</sup>. *Ibidem*, p. 69.

développe et les achève en nous »<sup>66</sup>. Ainsi l'homme ne naît pas vertueux par nature mais il possède la capacité de le devenir par des dispositions particulières. Par la suite, il appartient à l'éducation d'en faire un être vertueux en acte. Dans l'axe de réflexion qui nous intéresse, la vertu communicationnelle dans la relation de soin n'est pas innée. La pratique de l'empathie permet de devenir empathique car si nous avons cette capacité d'écoute particulière en puissance, seuls l'apprentissage et les mises à l'épreuve répétées peuvent faire fructifier ces capacités relationnelles. De plus, nous pouvons pour nous aider avoir besoin de professionnels plus expérimentés au contact desquels nous apprenons des savoir-être relationnels. Ainsi, nous pouvons tendre chaque jour à nous améliorer dans ce champ communicationnel en travaillant cette entrée en relation si particulière aux urgences, sachant que la vertu s'acquiert par la pratique sans cesse répétée. Cette pratique répétée de la vertu devient alors une habitude.

Aristote nous amène alors à nous pencher sur l'ambiguïté de l'habitude comme étant la pire et la meilleure des choses. En effet, nous devons toujours rester vigilants à ce que l'établissement d'habitudes ne soit pas synonyme d'asservissement. Les habitudes peuvent devenir une seconde nature qui nous fait manquer notre liberté et nous en dessaisit. Elles endorment notre conscience alors que celle-là même rend possible la délibération qui précède l'action. C'est le cas lors de l'application sans réflexion de toutes les procédures de prise en charge aux urgences. Les cases peuvent se trouver remplies de manière quasi automatique. Nous sommes alors pris dans la routine, asservis au fonctionnement du système informatique qui formule les demandes à notre place. Notre faculté d'être surpris est alors endormi. Pourtant, l'acquisition de bonnes habitudes peut aussi être la meilleure des choses dans la vie pratique. Prendre l'habitude d'avoir une communication adaptée à chaque personne se présentant aux urgences permet de s'améliorer petit à petit dans l'accueil de tous. La pratique répétée permet de

---

<sup>66</sup>. *Ibidem*, p. 78.

développer des aptitudes dans le domaine de la relation à l'autre. La vertu est alors plutôt la fille rebelle des bonnes habitudes, notre conscience devant rester en éveil pour une communication éclairée.

Pour Aristote, la vertu est aussi juste mesure. Elle est « un milieu entre deux vices, l'un par excès, l'autre par défaut »<sup>67</sup>. Il ne s'agit pas ici de comprendre la juste mesure selon la catégorie de quantité mais de qualité. Ainsi, la vertu serait une excellence à laquelle on accède à l'issue d'un processus d'élévation. Il s'agirait ici de tendre à une communication la plus adaptée possible à chacun par une juste mesure entre l'exigence d'exhaustivité dans le recueil de données tendant à une standardisation de la parole et une empathie poussée à l'extrême écoutant la personne mais ne permettant pas de répondre de manière concrète à son problème médical. Entre les deux doit se trouver une juste mesure alliant rigueur et souplesse et permettant une communication à la fois utile pour les soignants et aidants pour le soigné.

---

<sup>67</sup>. *Ibidem*, p. 102.

## CONCLUSION

Jusqu'à une époque récente, la médecine d'urgence était une discipline peu structurée, basée sur un savoir parfois limité mais sachant palier à ses insuffisances techniques par une communication satisfaisante aux patients. Désormais de plus en plus organisée, cette discipline acquiert de vraies compétences, les techniques se perfectionnent et font leurs preuves dans l'objectif toujours renouvelé d'améliorer les prises en charge. Le moment revient alors de se pencher sur l'analyse de la communication et la relation dans les soins au cœur de ses services.

L'analyse met en avant l'importance à l'heure actuelle d'avoir des données que la science, via le corps médical, sait traiter c'est à dire transformer sous forme de diagnostic pour y répondre par des solutions thérapeutiques. Pour toujours tendre à mieux soigner et guérir, nous nous sommes améliorés sans cesse dans la rigueur de notre activité allant jusqu'à standardiser même la communication pour rendre le recueil d'informations le plus exhaustif possible et ne rien laisser au hasard.

Cette mise en avant des techniques, procédures et protocoles amènent de plus en plus de précision et d'exactitude dans nos pratiques mais il ne faut pas rigidifier celles-ci sur le plan relationnel, ne pas faire passer le fonctionnement des urgences avant l'urgence qui nous est soumise par chaque personne venant consulter. Tout d'abord parce qu'il s'agit d'un critère de satisfaction, mais bien plus parce qu'il est moralement juste au vue des processus particuliers qui sont mis en jeu lors d'une arrivée aux urgences d'avoir une entrée en relation qui laisse la place à une certaine souplesse pour l'expression de la personne. L'homme dans ses dimensions de souci, d'attente complexe n'est pas réductible à des procédures standardisées. Il m'oblige dans une responsabilisation pour autrui. Cela induit donc qu'il faille que nous ayons une réflexion sur nos

pratiques afin de ne pas laisser une place trop importantes aux techniques procédurales tendant à envahir le champ de la communication. Le risque étant de voir notre pratique se déshumaniser, nous faisant voir l'homme comme une machine à réparer, il nous faut réintroduire de manière complémentaire une certaine éthique dans la relation à l'autre passant par une autonomisation et une responsabilisation. Cet exercice de notre liberté en tant que soignant nous amène alors à avoir une communication plus souple alliant la rigueur nécessaire à une empathie dans l'écoute de la personne soignée.

Alors que notre analyse s'achève, la prudence s'impose à nous comme sagesse pratique dans notre communication à l'autre. Cette prudence tend à s'exprimer sous la forme d'une alliance entre la rigueur inévitable mais aussi souhaitable et l'écoute complémentaire de ce que l'autre a à dire de singulier.

## BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrages

- Aristote, *Ethique à Nicomaque*, Paris, Le livre de poche, classiques de la philosophie, 1992.
- Geneviève Charles, *L'infirmière en France d'hier à aujourd'hui*, Paris, Le Centurion, « Infirmières d'aujourd'hui », 1979.
- Catherine Duboys Fresney, Georgette Perrin, *Le métier d'infirmière en France*, Vendôme, PUF, « que sais-je ? », mars 2005.
- Roger Dufour-Gompers, *La relation avec le patient*, Toulouse, Privat, 1992.
- Epictète, *Entretiens*, Livre I, dans Les stoïciens, Paris, Gallimard, 1962.
- Ann Faulkner, *Interaction efficace avec les malades*, Montmagny, Edisem Inc., 1993.
- Michel Foucault, *L'herméneutique du sujet*, Seuil, 2001.
- Nicolas Grimaldi, *Traité des solitudes*, Paris, PUF, 2003.
- E. T. Hall, *Le langage silencieux*, Mondadori, Milan, 1972.
- Heidegger, *Etre et temps*, Paris, Gallimard, 1986.
- Constantino Iandolo, *Guide pratique de la communication avec le patient*, techniques, art et erreurs de la communication, Paris, Masson, collection médistratégies, 2001.

- Didier Houssin, *Maintenant ou trop tard, Sur les phénomènes de l'urgence*, Paris, Denoël, 2003.
- Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Paris, Bordas, 1988.
- Thomas de Koninck, *De la dignité humaine*, Paris, PUF, 1995.
- Emmanuel Levinas, *Ethique et infini*, Paris, Le livre de poche, biblio essais, 1982.
- René Magnon, *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers, le bilan d'un siècle*, Paris, Masson, juillet 2003.
- Jean Jacques Rousseau, *Du contrat social*, Le livre de poche, Paris, 1996.

#### **Mémoires :**

- Noëlle Carlin, « Contrat, confiance et relation de soins, en quête d'accord », mémoire de Master 2 Recherche mention philosophie pratique, spécialité éthique médicale et hospitalière, septembre 2006.
- Jacqueline Kengne, « Eloge de la vulnérabilité, réflexions sur le concept de vulnérabilité comme fondement d'une éthique », mémoire de DESS d'éthique médicale et hospitalière première année, 2004.

#### **Autres :**

- « Actualités, les patients satisfaits de leur accueil aux urgences hospitalières », [www.infirmiers.com](http://www.infirmiers.com).

- D.R.E.E.S, « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », études et résultats, n°215.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada, « Le désarroi éthique dans les milieux de soins de santé », déontologie pratique pour infirmières et infirmiers, octobre 2003.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada, « Code de déontologie des infirmières et infirmiers », 2002.
- Groupe de travail de la SFMU, « Ethique et urgences, réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence », janvier 2003.
- Evelyne Guez, « Emergence d'un sentiment d'insatisfaction chez les étudiants infirmiers, comme ambassadeur d'un problème éthique dans le domaine des soins infirmiers », [www.ethique.inserm.fr](http://www.ethique.inserm.fr), 1999.
- Loi n°78-615 du 31 Mai 1978 modifiant le Code de la Santé publique relatif à la profession d'infirmier ou d'infirmière et relatif à l'exercice illégal de la profession de médecin.
- La vie hospitalière (1970-2005), les urgences médicales, <http://www.vie-publique.fr>.
- Rapport sur la médicalisation des urgences, commission nationale de restructuration des urgences, Pr Adolphe Steg, 23 septembre 1993.

#### **Dictionnaires :**

- André Lalande, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, PUF, quadrige, 2006.
- Le petit Robert, Paris, dictionnaires Le Robert, 2006.