

Les urgences et l'éthique : deux mots, deux réalités que tout oppose. En effet, dans l'urgence, quand il s'agit de sauver des vies, on n'a pas le temps d'avoir des états d'âme et de se demander si l'on doit agir ou non, comme ceci ou comme cela : on agit. La formation des urgentistes va d'ailleurs en ce sens : acquérir des automatismes pour être efficaces et surtout ne pas se laisser envahir par des doutes ou des hésitations quant au bien-fondé des gestes qui sont pratiqués. C'est quand la situation du patient sera stabilisée qu'ils pourront éventuellement se poser des questions... à moins qu'ils ne soient déjà appelés par une autre urgence. Et de toute façon, quelles questions se poser ? Sauver des vies, ça ne se discute pas : c'est un devoir, ils sont là pour ça. Bref, les services d'urgences semblent *a priori* peu concernés par une réflexion éthique. A moins que...

C'est l'un des intérêts de ce numéro que de nous rappeler qu'aux urgences, il y a relativement peu de véritables soins d'urgence. Toute la question est alors de savoir si de tels services ne sont pas à la hauteur de ce qu'ils devraient être – et en ce cas, il conviendrait de les réorganiser – ou si ce que l'on imagine qu'ils devraient être, soi-disant, n'est en vérité qu'une caricature de cinéma – et en ce cas, c'est notre imaginaire qu'il conviendrait de corriger. Les politiques auraient tendance à opter pour la première voie (sous couvert qu'on finance des urgences pour faire des urgences et rien d'autre) : la question des honoraires d'urgence, abordée par J. Delvaux, en est le témoignage le plus évident. On veut pénaliser les patients qui abusent de ces services, au nom d'une conception des urgences particulière qu'on prend pour norme, quand bien même la réalité est tout autre. Les soignants et les patients, quant à eux, parce qu'ils sont confrontés au terrain, sont bien contraints d'emprunter la seconde voie. A leur corps défendant... Il n'est pas rare d'entendre en effet que des urgentistes « décrochent », c'est-à-dire traversent des crises personnelles, avec éventuellement leur cortège de dépression, de violence, d'alcoolisme, etc., tout simplement parce que la réalité qu'ils rencontrent n'est pas celle à laquelle ils s'étaient destinés. Comme le rappellent D. Vanpee et M. Dupuis, les « beaux cas », c'est-à-dire les urgences vitales, ne représentent que quelques pourcents des entrées enregistrées. Les « urgences », c'est aussi et surtout des cas sociaux, des gens paniqués, des petits « bobos », des familles à rassurer, etc. Le métier d'urgentiste, c'est-à-dire celui qu'ils sont contraints d'assumer à un rythme effréné, c'est donc tout autant un travail d'écoute, de soins plus ou moins légers, d'aiguillage vers d'autres services plus adéquats ou vers le médecin généraliste (cfr sur ce dernier thème l'article de S. Carbonnelle). Quant aux patients, eux aussi, ils découvrent que la réalité des urgences n'est pas celle qu'ils croyaient. Comme le souligne I. Demaret, ils le découvrent le plus souvent à travers l'attente qu'on leur impose, une attente toujours trop longue et surtout incompréhensible. Ce qui est urgent n'attend pas ! C'est alors un sentiment de révolte, d'injustice, d'abandon, ou de découragement qui pousse à l'impatience, aux appels répétés et parfois à la colère.

On a donc l'impression que la réalité que les soignants et les patients doivent supporter aux urgences creuse entre eux un fossé : les premiers sont surmenés et le plus souvent pour des cas qu'ils jugent finalement peu urgents, tandis que les seconds ne voient pas le temps passer, surtout s'ils sont convaincus d'être en danger de mort. Les services des urgences sont ces lieux de crise où une relation de soins va devoir pourtant se nouer, fût-ce un bref moment, entre ceux-là que tout oppose... du moins, tant qu'ils ne se rencontrent pas.

Afin de rendre possible cette relation, tous les auteurs sans exception soulignent l'importance de la parole. Il ne faudrait pas que le poste de télévision allumé dans la salle d'attente et les quelques recommandations affichées sur les murs dispensent le personnel soignant de prendre la parole et d'expliquer pourquoi, maintenant, il faut attendre, c'est-à-dire de donner du sens à ce que vivent ces patients et leur famille. Il n'y a toutefois pas que la communication qui importe : comment, dans un service d'urgence, préserver la confidentialité, obtenir le consentement du patient ou de son entourage, quel cadre se donner pour décider d'une désescalade thérapeutique ? Comment faire de la recherche clinique aux urgences d'une façon qui reste éthique ? L'interview de D. Zucker pose encore une autre question de fond : la prise en charge par les urgences – et tout particulièrement les urgences psychiatriques – vise-t-elle seulement à éteindre une crise ou est-elle au contraire l'occasion d'un véritable travail avec le patient ? D. Meyniel s'interroge quant à lui sur la place du « mourir » aux urgences.

Enfin, il est faux d'affirmer, comme nous le suggérons en introduction, que les vrais soins d'urgence ne font pas question d'un point de vue éthique : il arrive en effet que le passage à l'acte interpelle autant les urgentistes que l'entourage des patients. On songera notamment, avec D. Meyniel, aux familles ou au personnel des maisons de repos qui ont en charge des personnes âgées. C'est parfois un dilemme éthique que de savoir s'il faut oui ou non appeler les urgences. Ne pas le faire, c'est abandonner un patient à son sort, en le privant de soins qui pourraient peut-être le sauver. Mais le faire, c'est aussi l'abandonner à des soins qui paraissent violents, sources de souffrances, et qui peut-être « l'achèveront » et en tout cas, le priveront d'une mort paisible. Ce débat, les urgentistes eux-mêmes ne peuvent l'esquiver, quand ils s'aperçoivent, comme le note J-B Gillet, que leurs efforts furent vains, ou quand ils restent avec cette impression que vu l'état du patient, il aurait peut-être mieux valu s'abstenir. Car travailler dans l'urgence, c'est travailler dans l'ignorance : le passé du patient, ses désirs, ce à quoi il consentirait, tout cela, le soignant ne le connaît pas au moment de l'admission et des premiers soins. A un moment ou à un autre, le malaise est inévitable. Qu'on soit infirmier ou médecin, il faut oser parler de ce problème. Car le taire, c'est se mettre peu à peu dans cette situation où l'on finira par douter du bien-fondé de ses interventions, où, par conséquent, on ne saura plus intervenir efficacement sur le terrain.

J.-M. Longneaux