

Le sens de l'urgence à l'hôpital

ARTICLE (RÉVISION PAR LES PAIRS / PEER-REVIEWED)

Valérie Wolff¹

Reçu/Received: 4 Jan 2016

Publié/Published: 10 Nov 2016

Éditrices/Editors: Vanessa Chenel & Mariana Nunez

Évaluateurs externes/Peer-Reviewers: Marie-Jo Thiel & Philippe Leconte

2016 V Wolff, [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Résumé

Les services hospitaliers d'urgences, initialement créés pour accueillir les pathologies aiguës et graves, sont aujourd'hui confrontés à des exigences multiples. Ils doivent non seulement répondre aux situations d'urgences vitales, mais aussi combler les lacunes de l'offre sanitaire et sociale en matière de prise en charge de pathologies bénignes ou de problèmes sociaux. Face aux phénomènes chroniques d'engorgement, les politiques hospitalières s'orientent vers une restriction de l'accueil au noyau des pathologies graves. Les protocoles de triage permettent ainsi de hiérarchiser les priorités sur la base des critères cliniques préétablis. Mais derrière le modèle de tri normatif, se trouve une réalité autrement complexe, susceptible d'adaptations et d'arrangements, dérogeant à la rigueur des normes officielles pour s'ouvrir à la particularité des situations rencontrées. À partir d'une enquête par immersion menée pendant trois ans au sein d'un service hospitalier d'urgences, la recherche ici présentée démontre que la gestion des priorités, loin de ne dépendre que des seules normes réglementaires, s'adapte et se modifie en fonction des habitudes et des usages de la médecine hospitalière. Face à des exigences multiples, les professionnels se trouvent confrontés à de véritables dilemmes moraux et à des contradictions quotidiennes entre solidarité, humanité, tri des patients, gestion des priorités et impératifs économiques. Au quotidien, les soignants de l'urgence tentent de prioriser leurs actes en conciliant les contraintes morales et organisationnelles liées à leur fonction. Ils se voient ainsi imposer de multiples défis éthiques qui interrogent le sens de l'urgence, la responsabilité face au risque et les enjeux de l'institution hospitalière.

Mots clés

urgences, éthique, responsabilité, engagement moral, triage, *bedblocker*, efficience

Abstract

Hospital emergency services, initially created to accommodate acute and serious diseases, are now confronted by multiple requirements. They must not only respond to vital emergency situations, but also fill the gaps in the health and social services provided for benign conditions or social problems. Given the phenomena of chronic congestion, hospital policies are moving towards a restriction on intake for a core of serious diseases. Triage protocols permit the ranking of priorities on the basis of pre-established clinical criteria. But behind this normative model for priority setting stands a much more complex reality, susceptible to adaptations and arrangements that depart from strict official standards and respond to the particularity of the situations encountered. Based on a three-year immersive study in a hospital emergency service, this current paper shows that the management of priorities, far from depending only on regulatory standards, adapts and changes according to the habits and uses of hospital medicine. Faced with multiple requirements, professionals are confronted with genuine moral dilemmas and daily contradictions between solidarity, humanity, patient triage, managing priorities and economic imperatives. On a daily basis, emergency caregivers attempt to prioritize their actions by reconciling legal and organizational constraints related to their function. They face many ethical challenges that question the meaning of emergency, the responsibility towards risk and the challenges of the hospital institution.

Keywords

emergencies, ethics, responsibility, moral engagement, triage, *bedblocker*, efficiency

Responsabilités des évaluateurs externes

Les évaluations des examinateurs externes sont prises en considération de façon sérieuse par les éditeurs et les auteurs dans la préparation des manuscrits pour publication. Toutefois, être nommé comme examinateur n'indique pas nécessairement l'approbation de ce manuscrit. Les éditeurs de *BioéthiqueOnline* assument la responsabilité entière de l'acceptation finale et la publication d'un article.

Peer-reviewer responsibilities

Reviewer evaluations are given serious consideration by the editors and authors in the preparation of manuscripts for publication. Nonetheless, being named as a reviewer does not necessarily denote approval of a manuscript; the editors of *BioéthiqueOnline* take full responsibility for final acceptance and publication of an article.

Affiliations des auteurs / Author Affiliations

¹Département de sociologie, Université de Strasbourg, Strasbourg, France

Correspondance / Correspondence

Valérie Wolff, valerie.wolff@unistra.fr

Remerciements

L'auteure remercie chaleureusement les participants à cette recherche. Elle souhaite également remercier Dr Vanessa Chenel pour ses précieuses recommandations, la Professeure Marie-Jo Thiel ainsi que le Dr Philippe Leconte pour leurs commentaires constructifs sur le texte.

Conflit d'intérêts

Aucun déclaré

Acknowledgements

The author gratefully acknowledges the participants in this study. She also wishes to thank Dr. Vanessa Chenel for her valuable recommendations, and Pr Marie-Jo Thiel and Dr. Philippe Leconte for their constructive comments on this text.

Conflicts of Interest

None to declare

Introduction

Initialement créés pour répondre aux pathologies aiguës et graves, les services d'urgences ont rapidement été victimes d'engorgement. Ils connaissent aujourd'hui des périodes de saturation régulières. Les délais d'attente se prolongent pour les malades et le personnel dénonce des situations de surmenage, voire d'épuisement professionnel. Progressivement, l'organisation des services d'urgences est devenue un problème de santé publique dans la majorité des sociétés modernes. Si l'ampleur des phénomènes d'engorgement diffère suivant la configuration des systèmes de soin et de protection sociale existant dans chaque pays, l'augmentation du nombre de passage aux urgences n'en demeure pas moins une tendance généralisée au niveau international [1-3].

D'un point de vue organisationnel, de nombreux facteurs peuvent expliquer cette situation : les restrictions du nombre de lits hospitaliers liées aux maîtrises des dépenses sanitaires, la gestion hospitalo-centrée des situations de fin de vie et des pathologies graves, les difficultés d'accès aux soins ambulatoires (contraintes horaires, délais de rendez-vous, etc.). L'augmentation de la file active aux urgences traduit aussi de nouveaux comportements des patients qui recherchent un service et la sécurité de consultations non programmées pour des soins qui ne revêtent pas toujours un caractère d'urgence. Par ailleurs, la sociologie démontre que les urgences sont devenues, en dernier avatar, le réceptacle de problèmes sociaux : « une trop grande visibilité de certaines déviances (alcoolisme, drogue, vagabondage) suscite de la part des gouvernants, un appel rituel aux urgences » [4, p.19]. En somme, les urgences dépassent leurs compétences médicotéchniques pour assurer une fonction latente de régulateur social à l'échelle de la collectivité. Du fait de leur visibilité et de leur capacité d'organisation, elles ont été rapidement repérées par les professionnels et par la population comme un lieu de recours pour de multiples problématiques éloignées de l'urgence vitale.

Alimentée par ces causes multiples, l'augmentation du flux de patients persiste à perturber l'organisation des services. Les urgences étant de plus en plus débordées, il est devenu impératif d'organiser l'accueil et le tri des malades afin de garantir la sécurité de leur prise en charge. L'idée du tri précoce s'est imposée rapidement. Dans les années 1980, les services d'urgences ont développé des postes de soignants chargés de l'accueil et de la gestion des flux. Ces initiatives, d'abord expérimentales, se sont rapidement institutionnalisées et les nouveaux référentiels professionnels incitent désormais à la formalisation de grilles de tri des patients.

Ainsi le « triage » regroupe tout un ensemble de protocoles et des procédures qui permettent de gérer les priorités dans la prise en charge, non pas en fonction de l'ordre d'arrivée des patients, mais en fonction de la gravité médicale de la situation.

Table 1. Définition des niveaux de tri et délai de prise en charge médicale

Niveau I : Pronostic vital en jeu <ul style="list-style-type: none"> • La situation clinique menace la vie et demande une intervention médicale immédiate.
Niveau II : Détérioration imminente des fonctions vitales, ou douleur sévère <ul style="list-style-type: none"> • L'état de santé du patient est assez grave ou se détériore si rapidement qu'il y a un risque potentiel à la survie, ou de défaillance organique, s'il n'est pas traité dans les dix minutes qui suivent l'arrivée. • Le délai de mise en place du traitement est en corrélation avec l'évolution de l'état clinique du patient. • Le délai de prise en charge doit être inférieur à 10 minutes.
Niveau III : Défaillance latente ou situation urgente <ul style="list-style-type: none"> • L'état de santé du patient risque de se dégrader et d'entraîner une défaillance organique ou d'un membre si le délai de prise en charge dépasse 30 minutes.
Niveau IV : Problème sérieux sans risque de décompensation vitale <ul style="list-style-type: none"> • Le patient présente un état aigu mais stable. • Le délai de prise en charge doit être de 60 minutes.
Niveau V : Motif de recours moins urgent correspondant à une simple consultation sans acte technique <ul style="list-style-type: none"> • L'évolution de l'état du patient n'est pas déterminée par le facteur temps. • Le délai de prise en charge peut excéder 2 heures.

Ces protocoles permettent une analyse rapide des motifs de consultation des patients, et une évaluation du besoin thérapeutique. Ils concourent à la gestion des flux et déterminent le délai de prise en charge. Ces actions s'inscrivent dans une perspective de « priorisation » en fonction du degré de gravité des pathologies, la gravité ultime étant l'engagement du pronostic vital. La majorité des grilles qui existent aujourd'hui comportent cinq niveaux, comme celle du référentiel de la Société Française de Médecine d'Urgence exposée ci-dessus [5, p.11]. Les grilles de tri sont nombreuses. Si dans certains pays, elles sont validées au niveau national (comme en Australie ou au Canada), d'autres États font le choix de les développer au niveau local. C'est notamment le cas de la France, de la Suisse ou de la Belgique. La dimension locale des grilles permet de s'adapter au mieux aux spécificités du service et de son environnement (composition et situation géographique du plateau medicotechnique, filières spécifiques, type de population accueillie, architecture et ressources humaines du service, etc.).

Aux urgences, la mission du personnel qui accueille les malades est donc de trier en fonction de critères cliniques préétablis et de hiérarchiser les priorités. Mais en dehors des éléments formalisés, les pratiques relatives à l'accueil et au soin des patients se jouent également dans la réalité concrète du terrain. Derrière le modèle officiel prescriptif se trouve une réalité autrement complexe, susceptible d'adaptations, d'arrangements, d'ajustements, dérogeant à la rigueur des normes officielles, pour s'ouvrir à la particularité des cas complexes et à la variété des situations. La diversité des problèmes rencontrés et les difficultés exceptionnelles que présentent les patients peuvent bouleverser les normes établies et amener le professionnel à redéfinir le sens de l'urgence.

Objectifs et méthodes

La recherche dont est issu le présent article, permet de révéler l'écart entre les normes officielles de triage et la réalité subjective qui ouvre la voie à la diversité des interprétations de l'urgence. Plus précisément, dans une perspective de sociologie compréhensive, il s'agit de saisir le sens que les médecins et les infirmiers donnent à l'urgence. Sur la base d'une enquête par immersion, nous démontrons l'existence d'idéaux-types de l'urgence significatifs aux yeux des professionnels et liés aux modalités de fonctionnement de l'hôpital moderne. Dépassant la dimension normative des

protocoles de triage, ces idéaux-types et éléments de catégorisation permettent aux professionnels de l'urgence de prioriser leurs actes en conciliant les contraintes morales et organisationnelles liées à leur fonction.

La méthodologie de la recherche repose sur une enquête de terrain menée dans un service hospitalier d'urgences, pendant plus de trois ans, dans le cadre d'une thèse de sociologie¹ [6]. Le terrain d'étude est le centre hospitalier universitaire situé dans une grande ville de l'est de la France et comprenant deux services d'urgences médico-chirurgicales adultes. Si certaines des connaissances produites demeurent marquées par la spécificité du contexte organisationnel propre aux services étudiés, nombre des analyses proposées peuvent être élargies aux questions plus généralement posées sur la réalité quotidienne des urgences intra-hospitalières, en particulier dans les grandes villes.

La position de l'auteur est celle d'observateur participant, occupant les fonctions d'assistante sociale hospitalière, puis de chef de projet attaché à la direction de l'établissement. Cette implication a permis d'occuper la place d'un observateur immergé dans le milieu étudié, tout en adoptant une position extérieure médiatisée par le regard de chercheur en sociologie² [7-8]. La méthode employée consistait en la tenue d'un journal de terrain référençant des observations quotidiennes, des descriptions de situations cliniques, des entretiens informels et des entretiens semi-directifs. Cette démarche contribue au rétablissement de la « dialectique entre le rôle de membre – qui participe – et celui d'étranger – qui observe et qui rend compte » [6, p.275].

Trente et un entretiens semi-dirigés ont été menés auprès de médecins (n=17) et d'infirmiers (n=14) urgentistes. Cette forme d'entretien combine l'exploration de la pensée dans un climat de confiance et un projet directif pour obtenir des informations définies à l'avance. Il s'agissait de comprendre le sens donné à l'urgence par les professionnels et leur ressenti dans leur tâche quotidienne de gestion des priorités. L'ensemble des entretiens a fait l'objet d'une analyse de contenu thématique. Cette méthode a permis de défaire, en quelque sorte, la singularité de chaque entretien « pour découper transversalement, ce qui d'un entretien à l'autre se réfère au même thème » [10, p.96]. La démarche consiste à « jeter l'ensemble des éléments signifiants dans une sorte de sac à thèmes qui détruit définitivement l'architecture cognitive et affective des personnes singulières. L'analyse thématique est donc cohérente avec la mise en œuvre de modèles explicatifs de pratiques » [ibid.]. Sur la base d'une méthodologie webérienne, cette analyse des entretiens a notamment révélé les différents idéaux-types de l'urgence ainsi qu'une rhétorique de l'urgence vraie.

Ces résultats ont ensuite été mis en regard avec l'exploitation du journal de terrain pour compléter l'étude des discours par l'étude des pratiques effectives. Cent quarante-trois observations ont été recueillies et analysées. La généralisation inductive à partir de cas observés a progressivement permis de les replacer dans un cadre intelligible et d'élaborer un modèle d'analyse permettant de découvrir les modalités informelles de hiérarchisation des priorités qui influencent la gestion quotidienne des urgences médico-chirurgicales hospitalières.

¹ La thèse porte précisément sur la mobilisation du personnel soignant face aux patients sans-abri. La démarche a permis de questionner le sens de l'urgence aux yeux des professionnels. Seuls les éléments généralisables à l'ensemble des activités et à la diversité des situations de patients rencontrés sont ici présentés.

² Remarque méthodologique: la position professionnelle occupée lors de l'observation participante garantit la compréhension du terrain. Elle entravait cependant la distance nécessaire à l'objectivité d'une démarche de recherche. Pour contourner ce biais, les entretiens semi-directifs ont eu lieu après que l'auteur ait quitté le service, dans le cadre strict de la recherche doctorale. La rupture épistémologique ainsi que le respect scrupuleux des normes nationales et réglementaires ont été garants des pré-requis scientifiques et éthiques de la recherche.

Résultats

Quatre formes d'urgences

Les entretiens semi-dirigés auprès de médecins et d'infirmières exerçant aux urgences démontrent qu'il n'existe pas une, mais quatre formes différentes d'urgences significatives à leurs yeux. Les quatre formes d'urgences reconnues par les professionnels sont qualifiées de « vraies », « sociales », « ressenties » ou « légères ». Ces différentes formes d'urgences peuvent se cumuler entre elles, se rejoindre ou se transformer pendant la durée de la prise en charge. Le témoignage des praticiens révèle que les priorités sont reconnues et gérées différemment selon l'idéal-type de référence.

Les urgences médicales : du vital au non-urgent

L'urgence vitale appelle à une priorité de traitement maximale. Les situations qui menacent la vie sont qualifiées « d'urgences vraies ». Le risque vital peut être direct ou indirect : il peut être diagnostiqué immédiatement dès le départ de la prise en charge ou repéré comme potentiellement existant. Dans ce cas, l'urgence vitale peut intégrer l'urgence immédiate. Celle-ci concerne les situations où la mobilisation des compétences et l'utilisation du plateau technique des urgences sont requises. Le pronostic vital peut être mis en jeu, ou l'état (lésionnel ou fonctionnel) du patient est susceptible de s'aggraver. Il convient de mettre en œuvre dans l'immédiat des actes complémentaires, diagnostiques ou thérapeutiques.

À l'inverse de ces urgences immédiates et vitales, les professionnels qualifient de « non-urgence », les recours liés aux problèmes médicaux légers susceptibles de relever de la médecine de ville. Il s'agit par exemple de petites plaies, d'infections localisées, d'angines, etc. Cette urgence est globalement peu appréciée des professionnels. De nombreux urgentistes utilisent le terme de « bobologie » pour désigner avec détachement ces pathologies bénignes qui relèvent de la consultation non programmée. Il ne s'agit pas pour eux, du rôle prioritaire des urgences hospitalières, contrairement à la situation précédente. Les soignants remarquent que les motifs de recours « non-urgents » concernent souvent une clientèle en situation de précarité, ce que confirment de nombreux travaux en épidémiologie et en sociologie de la santé [4,12-14]. Plusieurs explications sont invoquées : absence de couverture sociale, possibilité de non-avance des frais, ou encore une forme de consommation médicale, marquée par une préférence pour l'accès rapide aux urgences, en lieu et place des contraintes (d'horaires, de jours ouvrables) imposées par la médecine de ville.

Les autres formes d'urgences : le ressenti et le social

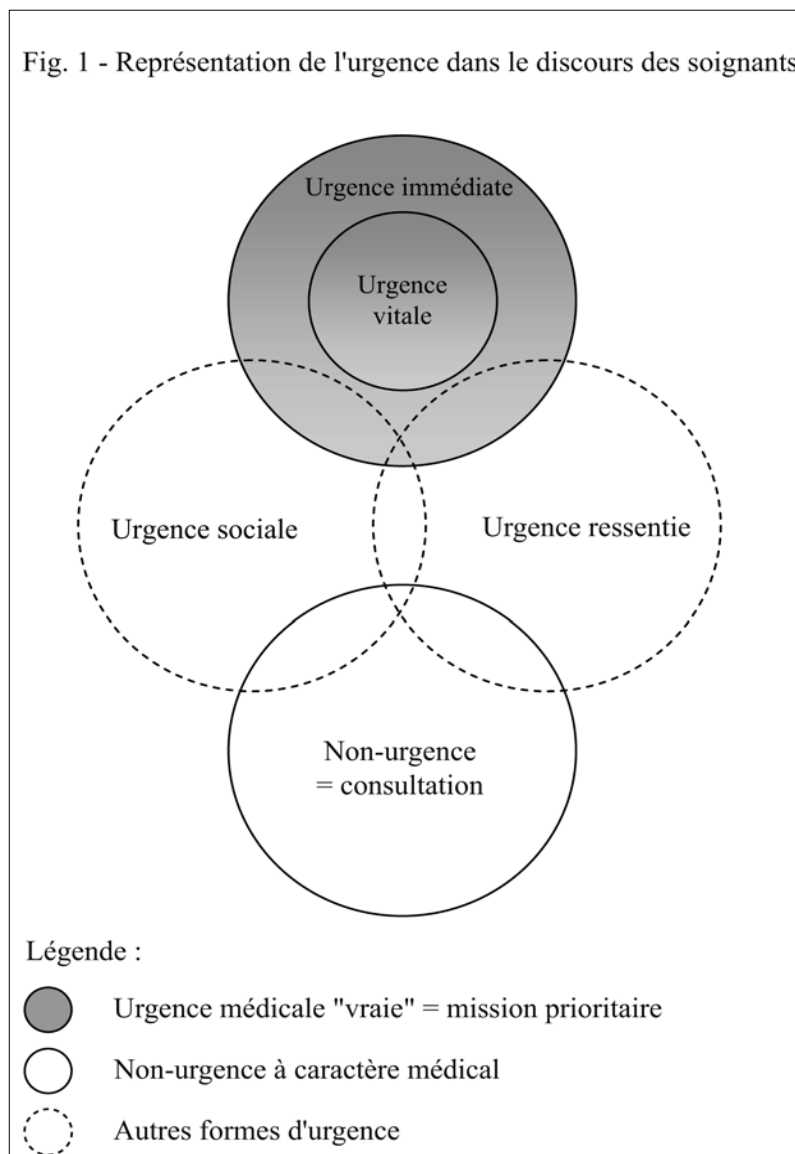
L'urgence « ressentie » est une autre forme d'urgence identifiée par les professionnels. Dans leur discours, elle désigne essentiellement l'urgence invoquée par le patient et est souvent opposée à l'urgence dite objective. Elle peut revêtir, par exemple, la forme d'une anxiété jugée démesurée par rapport à une pathologie bénigne ou à une absence de pathologie.

Le vocable d'urgence ressentie révèle l'écart et la source de tensions potentielles entre la représentation du patient et celle du soignant. Le premier vit son urgence de manière égocentrée, extraordinaire et dramatique. Pour le second, en revanche, l'urgence est la norme. Il est là pour la gérer, la rationaliser dans une vision globale du service et de l'organisation hospitalière. Le rapport temporel au problème de santé peut ainsi être apprécié de façon diamétralement opposée dans la reconnaissance des priorités. Sur la base de ce malentendu, il n'est pas rare que les esprits s'échauffent. L'attente est parfois vécue comme insupportable pour les patients et les familles. Ces situations peuvent engendrer conflits et agressivités difficiles à gérer pour les soignants [11].

Enfin, l'urgence sociale, est une autre forme d'urgence identifiée par les professionnels ; elle peut se décliner en trois aspects. En premier lieu, elle recouvre les demandes concernant les prestations secondaires offertes en secteur hospitalier, telles que l'hébergement, la nourriture ou la boisson. En second lieu, les professionnels témoignent de l'existence d'une forme de veille médico-sociale. Par

exemple, les urgences sont amenées à jouer le rôle de « médecin traitant » par défaut pour quelques patients (malades pauvres, sans-abri, jeunes à la dérive) qui reviennent régulièrement aux urgences et ne bénéficient pas d'autres formes de suivi médical. Il existe en troisième lieu, une « intervention sociale » au sens du travail social. Elle concerne les démarches de couverture sociale, de protection des personnes victimes de violence, la recherche de foyers d'hébergement, etc. L'ensemble des aspects sociaux peuvent être gérés directement aux urgences ou sur orientation. Ils peuvent être l'affaire de professionnels spécialisés, comme l'assistante sociale hospitalière, mais aussi de l'ensemble de l'équipe du service : médecins, infirmières, agents d'accueil, etc. Certains préparent des dons en nature (vêtements, repas) ou remettent des plaquettes indiquant les coordonnées d'associations caritatives. La gestion de l'urgence sociale est parfois source de désaccord ou de tension au sein des équipes. Là où certains font état de commentaires indignés, soupçonnant la manipulation des usagers pour obtenir des avantages non justifiés médicalement, d'autres multiplient leurs efforts de mobilisation face aux difficultés sociales de leurs patients.

Figure 1. Représentation de l'urgence dans le discours des soignants



La gestion des priorités

Ces différentes formes d'urgences engendrent une gestion des priorités qui se révèle à la fois complexe et circonstancielle [15]. La dimension de complexité renvoie au carrefour d'exigences contradictoires. Ainsi, l'effort pour restreindre les admissions au noyau des urgences vraies s'oppose à la fonction sociale d'accueil du tout-venant qui pèse sur les services hospitaliers d'urgences ouverts en continu. Quant à la dimension circonstancielle, elle relève du fait que plus la situation s'éloigne de l'urgence vitale et immédiate, plus la mobilisation des professionnels est exposée au poids des circonstances (en particulier le flux des patients, mais aussi les initiatives du personnel, leurs humeurs, leur fatigue, etc.).

De manière générale, les soignants soulignent l'importance de prendre en compte toute forme d'urgence. Mais ils insistent sur le fait que le rôle principal des services hospitaliers d'urgences est le traitement des urgences vraies. Les autres formes d'urgences sont souvent qualifiées d'annexes, d'accessoires et leur prise en charge est appréhendée comme une fonction secondaire du service. La prise en charge des urgences dites secondaires peut être valorisée au titre des valeurs humanitaires du soin, qui reposent sur une économie morale de l'empathie, de la compassion et de l'assistance bio-légitimée [16]. Mais plus généralement, cette fonction secondaire est abordée avec méfiance, tant elle est soupçonnée d'encombrer le service. L'accumulation de ces urgences secondaires représente un allongement des délais d'attente et l'on craint alors le risque d'entrave à la prise en charge optimale des urgences « vraies ».

Les coulisses de l'hôpital : des patients indésirables

La diversité des formes d'urgences rencontrées a des répercussions au-delà du service des urgences. Lorsque le médecin juge qu'un malade nécessite des examens complémentaires ou une hospitalisation, il doit convaincre les autres services de l'hôpital, voire des partenaires extérieurs à l'établissement. Or, l'offre de soins classique à ses propres critères de priorité. Les plateaux techniques et les services de spécialité procèdent généralement par rendez-vous, par admission programmée et planification des ordres de passage. Le défi qui s'impose alors au médecin des urgences est de réussir à placer son patient sur d'autres lignes de travail. Il s'agit de confronter diverses rationalités professionnelles pour mobiliser les partenaires [13-15].

Comme le révèle l'observation de terrain, cette situation s'avère particulièrement difficile lorsqu'il s'agit d'hospitaliser les malades dits « incasables ». Personnes âgées grabataires, malades atteints de multiples pathologies, sans-abri, non assurés sociaux... La médecine moderne véhicule son lot d'exclus, de désaffiliés, d'indésirables. Ainsi, certains établissements de santé privés, préoccupés par leur rentabilité économique, refusent d'hospitaliser des patients sans couverture sociale. Par ailleurs, la médecine de spécialité se révèle souvent hostile aux malades présentant des pathologies associées ou difficiles à identifier. En effet, la situation de ces derniers s'éloigne du cœur des spécialités et a tendance à soulever des réticences.

Le nombre de spécialités hospitalières a sextuplé au cours des cinquante dernières années [17]. Ces logiques de spécialisation sont certes porteuses de progrès ; elles permettent de préciser les savoirs et les pratiques. Mais comme l'a démontré Edgar Morin [18] dans le champ de la pensée scientifique, la délimitation d'une logique disciplinaire présente un revers de médaille évident et non négligeable : le risque d'hyperspécialisation, de cloisonnement et de segmentation. Ainsi les patients polypathologiques accueillis aux urgences font souvent l'objet de logiques d'évitement entre les services de spécialité qui se renvoient mutuellement la responsabilité de la prise en charge [6-15]. Les professionnels des urgences ont la sensation de devoir négocier pour mobiliser les autres services. Le travail de recherche de lits d'aval occupe une grande partie de leur temps.

Les patients *bedblockers* sont particulièrement redoutés par les services de spécialité. Ce terme appartient à un langage médical privé et informel, c'est-à-dire à ce que Goffman a appelé « les coulisses du comportement » [19]. S'il n'existe pas de définition conventionnelle, le *bedblocker* décrit

une catégorie de patients qui, en raison de difficultés diverses (difficultés sociales, troubles cognitifs ou du comportement, âge avancé...), risque de nécessiter une longue durée de séjour alors même qu'il est pris en charge au sein d'unités destinées à des soins de courte durée.³ Ces malades intègrent la catégorie symbolique des patients indésirables. Ils poussent les médecins à la limite de leur champ de compétence. Du fait de leurs difficultés, souvent associées et insolubles, ils menacent à la fois le fonctionnement de l'organisation et la légitimité des professionnels démunis de solutions. Dans ce contexte, il n'est pas rare d'entendre les praticiens des urgences qualifier leur propre service de « poubelle de l'hôpital ». Les urgences générales, ouvertes au tout-venant, semblent accueillir les patients dont personne ne veut ailleurs.

Discussion

Les limites de l'univers médical

Le jargon médical comprend tout un ensemble de terminologies folkloriques pour désigner les malades dont la situation implique une tension ou un dysfonctionnement dans le service hospitalier. La littérature américaine regorge d'exemples particulièrement significatifs. Les patients comateux incurables dans les unités de soins intensifs sont nommés *dead meat* (viande morte) ou *pets* (animaux) [22]. Les personnes âgées sont désignées par le terme *crook* (vieux clou) [23], ou *Gomer* [24]. Ce dernier terme revêt des significations différentes selon les régions des Etats-Unis. Il peut désigner le patient âgé en chambre d'urgence (*Grand Old Man of the Emergency Room*) ou l'opinion du médecin urgentiste sur un patient indésirable (*Get Out of My Emergency Room*).

À partir d'une enquête sociologique menée au sein d'un service de médecine interne, Leiderman et Grisso étudient les caractéristiques des patients étiquetés comme *Gomer* par les praticiens [25]. Leurs travaux démontrent que ces patients ne présentent pas de pathologies plus sévères que les autres. En revanche, ils révèlent des problèmes diagnostiques, thérapeutiques et comportementaux. Ils souffrent également de troubles cognitifs plus importants. Enfin, ils ont tendance à rester plus longtemps dans l'hôpital et à être moins en mesure de retourner à leur domicile. En somme, les problèmes constatés chez ces personnes apparaissent plus frustrants aux yeux des praticiens. Ils engendrent régulièrement un désaccord ou suscitent l'incertitude dans les réunions d'équipes médicales. Les auteurs en concluent que le *Gomerism* n'est pas seulement une caractéristique des patients, mais aussi un phénomène résultant de leur interaction avec le système hospitalier. Le *Gomerism* reflète ainsi l'échec de la médecine technologique pour éliminer la maladie et l'incapacité de la société à fournir des soins humains pour le patient socialement isolé.

L'analyse de ces catégories de patients dits indésirables, particulièrement visibles à la sortie des urgences, dévoile les limites de l'univers professionnel bâti autour des malades. Les logiques d'évitement participent ainsi à la co-construction de processus d'exclusion à la défaveur des situations les plus complexes [1]. Dans une société qui valorise la spécialisation, les urgences, qui proposent un accueil généraliste et polyvalent, semblent représenter la seule voie légitime pour traiter à la fois de situations diverses, mais aussi de pathologies imprécises, peu claires et de situations questionnant les limites des champs de compétences. On peut alors s'interroger sur les choix de sociétés qui conduisent à identifier la temporalité de l'immédiateté pour le traitement de la diversité, de la généralité et de la complexité. Tout semble se passer comme si le traitement de problèmes extrêmement variés nécessitait la détermination d'un point commun : celui de l'urgence, pour permettre une porte d'entrée dans le système de soin.

³ Apparue sur la scène de la littérature internationale dans les années 1970, la notion met en évidence les difficultés liées aux phénomènes de lits-bloqués (*blocked beds*) [20]. Plus tard, dans les années 1980, un glissement sémantique, quelque peu péjoratif, engendre l'expression *bedblockers* [21]. Dès lors, le terme ne désigne plus la situation, mais les patients qui y participent.

Entre la responsabilité collective et la responsabilité d'Autrui

Face à la diversité des situations d'urgences rencontrées, nous avons vu que les soignants mobilisent deux raisonnements pour valoriser ou non la prise en charge des urgences dites secondaires. Dans un argumentaire centré sur la priorité accordée à la prise en charge des urgences vraies, le temps nécessaire au personnel pour gérer les autres formes d'urgences apparaît comme une entrave potentielle à leur travail. À l'inverse, un autre discours, fondé sur une économie morale de l'empathie justifie une mobilisation adaptée à l'urgence vécue par le patient sur la base de valeurs humanistes. En réalité, les deux modèles de justification des décisions laissent entrevoir un rapport différent au temps et à la responsabilité.

La gestion des flux

Dans la première situation, la responsabilité du professionnel se définit en regard de la mission prioritaire du service. Le rapport au temps est marqué par la hiérarchisation des priorités selon leur degré de proximité avec le risque léthal. Ce raisonnement suit le principe de différence lexical identifié par John Rawls dans sa théorie de la justice sociale [26]. Pour ce philosophe, les inégalités sont justes « si et seulement si elles produisent, en compensation, des avantages pour chacun et, en particulier, pour les membres les plus désavantagés de la société » [26, p.41]. Le principe de différence implique de maximiser les biens des plus faibles. Les protocoles de triage s'inscrivent dans cette rationalité en privilégiant la prise en charge immédiate pour les urgences médicales les plus graves. Le plus défavorisé d'un point de vue médical reçoit le maximum de soins, le plus rapidement possible. Mais appliqué à la médecine, le principe de différence lexicale se conçoit dans les limites de la pertinence thérapeutique [27]. En médecine de catastrophe par exemple, les *morituri* sont orientés vers les soins palliatifs. Ceux qui vont mourir, ceux qui, au-delà de toute ressource thérapeutique ne tireront aucun bénéfice des meilleurs soins, relèvent de « l'urgence dépassée » selon la formule consacrée. Les actes curatifs sont focalisés sur les autres catégories de patients, afin de prioriser ceux dont la prise en charge permettrait d'augmenter les chances de survie. En d'autres termes, aux urgences, comme en médecine de catastrophe, le personnel n'apparaît pas uniquement responsable d'un patient dans une relation individuelle. Sa responsabilité est collective, vis-à-vis de l'ensemble des patients qui consultent au service des urgences. Le professionnel ne se limite pas à la considération du malade devant lui à tel moment précis, mais envisage aussi tous les autres malades : ceux qui sont pris en charge au sein du service, ceux qui attendent et ceux dont l'arrivée à venir est annoncée par la régulation du Service d'aide médicale urgente (SAMU) en France⁴. C'est l'enjeu de la disponibilité pour les urgences vitales qui domine.

La rencontre humaine

À l'inverse, dans la situation où le praticien participe d'une économie morale de l'empathie, la temporalité et la gestion des priorités sont court-circuitées par la seule responsabilité du sujet refusant de faire face à ce qu'il estime être inhumain. On peut retrouver ici la règle de réciprocité, pointée par Paul Ricœur [28] comme la Règle d'Or de toute relation juste. Cette maxime morale propose de conformer son action à l'égard d'autrui sur ce que nous attendons nous-mêmes de sa part. Elle est représentée par la formule évangélique : « Tout ce que vous voudriez que les hommes fassent pour vous, faites-le vous-même pour eux ». La Règle d'Or se caractérise par la proposition d'inverser les rôles entre l'acteur et le destinataire de son action. Elle suppose que le professionnel se définisse en tant qu'être humain, à l'instar du patient. Il est animé par un principe d'identification. Il s'agit de se mettre « à la place de l'autre » et de ressentir les conséquences et les impacts de son action du côté de celui qui la subit. Sans doute cette empathie est-elle encore plus marquée lorsque le professionnel est amené à ressentir le dénuement et l'extrême vulnérabilité « du visage » du malade, au sens d'Emmanuel Levinas [29]. La confrontation au visage d'autrui est une expérience fondamentale pour le philosophe. Ce dernier étend à tout homme le devoir de responsabilité que chacun admet généralement envers sa famille, ses amis et ses proches. Dans une dimension d'infinité et de transcendance, la responsabilité pour autrui est une responsabilité « à laquelle on ne se dérobe pas

⁴ Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique.

et qui, ainsi, est principe d'individuation absolue » [30, p.86]. Cette responsabilité « commande au moi de sortir de soi, de quitter son être pour l'au-delà de l'être, de quitter le présent pour un temps sans présent qui est le temps de l'autre » [31, p.21]. Loin du temps professionnel et protocolisé, le temps de la rencontre levinassienne avec un autre visage implique une responsabilité immédiate et incessible.

Comme le souligne Pierre Valette, à propos d'une recherche sur l'éthique de l'urgence : « on voit qu'il est difficile en médecine de supposer qu'il existe des « biens » égalisables et une certaine souplesse dans l'utilisation des grilles d'évaluation, des scores cliniques est la marque même de l'exercice médical » [27, p.188]. D'une certaine manière, l'éthique de Levinas s'oppose au voile d'ignorance qui permet à John Rawls d'élaborer sa conception de la justice sociale. En effet, l'expérience philosophique consistant à se mettre dans une position originelle ne dit rien des émotions ressenties face à autrui. Elle ne dit rien non plus des principes et des valeurs du soignant, de son investissement dans un engagement moral envers le patient. Pour Pierre Valette, le tri apparaît comme un excellent moyen de lutter contre la responsabilité exorbitante qu'impose la rencontre avec autrui : « le tiers libère d'une responsabilité infinie à laquelle la rencontre avec l'autre nous somme de répondre, et ce, d'autant plus que nous sommes des médecins, des soignants, des secouristes, des sauveteurs... Le tri permet de penser l'*énigme* du monde et de supporter l'*intrigue* incarnée par autrui » [27, p.243]. On remarque comment se noue ici le rapport entre les normes cliniques et l'engagement moral aux urgences puisque le personnel est en demeure de faire un choix en décidant, dans l'accueil et la prise en charge des patients, de la place qu'il veut faire à la dimension de reconnaissance contenue dans toute présentation d'un symptôme ou d'une demande d'aide sociale.

Table 2. Configuration des formes d'engagement éthique dans la gestion des priorités aux urgences

	Gestion des flux	Engagement moral envers un malade
Temporalité	Temporalité du tri	Temporalité court-circuitée
Fréquence	Temps dominant	Epiphénomène
Relation médecin/patient(s)	Dimension collective	Dimension inter-individuelle
Règle de justice	Justice sociale (<i>J. Rawls</i>)	Règle d'Or (<i>P. Ricoeur</i>) Responsabilité d'Autrui (<i>E. Levinas</i>)
Type d'éthique (Weber)	Éthique de responsabilité	Éthique de conviction
Type de rationalité (Weber)	Rationalité en finalité Action traditionnelle (routine du soin)	Rationalité affective Rationalité en valeur

Par extension, on peut aussi rattacher les deux discours des professionnels aux pôles déterminant la rationalité de l'action sociale théorisés par Max Weber [32]. Là où le soignant manifeste un engagement cognitif orienté vers la gestion des flux, il tend à se rattacher à une éthique de responsabilité et à une rationalité en finalité : ses propos se réfèrent au but d'organisation efficace de l'activité. Mais, lorsqu'il manifeste un engagement moral vis-à-vis d'un patient, il se réfère davantage à une éthique de conviction et à une rationalité en valeur ou affective. Hartmut Rosa [33] constate combien les effets de l'accélération sociale, propre à l'hégémonie de l'urgence dans nos sociétés modernes, provoquent une domination des processus basés sur la rationalité en finalité. Ce phénomène se développe au détriment des actions reposant sur la rationalité en valeur. Ces dernières apparaissent alors affaiblies et désynchronisées. C'est ainsi que l'engagement cognitif des urgentistes envers le flux des malades se réfère à un temps dominant, au rythme des normes organisationnelles de la médecine d'urgence. À l'inverse, l'engagement moral envers un patient relève d'un épiphénomène désynchronisé inscrit en marge de la temporalité du service. En ce sens, la médecine d'urgence semble poser quotidiennement à ses praticiens un défi éthique considérable, celui de trouver une alliance entre deux temporalités du soin : la temporalité de l'efficacité scientifique et celle de l'attention aux relations humaines.

Une éthique hospitalière de l'efficience

Ce défi relatif aux pratiques de soin s'inscrit dans un contexte plus global de modification des politiques de gouvernance et de financement des établissements hospitaliers. Les récents processus de *New Public Management* s'appliquent à l'hôpital et incarnent une transition vers un nouveau paradigme éthique basé sur la responsabilisation croissante des acteurs médicaux. En effet, la préoccupation accrue des pouvoirs publics pour réguler les dépenses de santé a pour conséquence un basculement de l'éthique médicale qui passe d'une conception déontologique à une conception téléologique [34]. En médecine, l'éthique déontologique fait prévaloir l'intérêt individuel sur l'intérêt collectif. Dans cette perspective, il appartient au médecin de mettre en œuvre tous les moyens disponibles pour son patient, quels que soient leur efficacité ou les effets de sa décision sur le reste de la population. Cette éthique domine par tradition dans les pays latins et en France. Inversement, l'éthique téléologique est souvent associée à une primauté des considérations collectives sur les intérêts individuels. Dès lors, le médecin doit mettre en œuvre seulement les moyens ayant fait la preuve de leur efficacité et doit aussi prendre en compte les impératifs de santé publique dans ses décisions. Cette conception domine dans les pays du nord de l'Europe et se diffuse aujourd'hui aux États-Unis et dans le reste de l'Europe [34]. Désormais, la responsabilité du praticien n'est plus uniquement liée au respect du devoir et de la procédure déontologique dans l'interaction interindividuelle de la relation médecin-patient. Progressivement, le professionnel de santé se voit attribuer une responsabilité croissante et des objectifs d'efficacité, d'efficience et de rationalisation des moyens dans une perspective collective de santé publique.

Suite aux récentes réformes hospitalières, la gouvernance des établissements de santé ne se justifie pas en fonction de principes moraux ou juridiques, mais en fonction d'une rationalité managériale, d'une comptabilité des coûts et d'une éthique de l'efficience. Il s'agit d'amener les praticiens à se positionner en prenant en compte les coûts : recherche de pratiques médicales efficaces, d'organisations adaptées, de modes alternatifs de prise en charge des patients [35]. Le monde médical s'inscrit désormais dans le monde gestionnaire. La rationalité clinique est ainsi directement liée à la rationalité comptable et managériale. Les outils de pilotage qualitatifs (démarche d'accréditation, analyse des « case-mix ») et médico-économiques (contrôle de gestion, comptabilité) se développent dans les établissements afin d'améliorer leur performance financière.

Table 3. Le passage d'une éthique déontologique à une éthique téléologique

Éthique déontologique		Éthique téléologique
Fondée sur le devoir et des impératifs stricts (procédures imposées)	⇒	Fondée sur le résultat et la responsabilité individuelle
L'intérêt individuel prévaut sur l'intérêt collectif	⇒	L'intérêt collectif prévaut sur l'intérêt individuel
Le médecin doit mettre en œuvre tous les moyens disponibles pour son patient individuel quels que soient son efficacité ou les effets de sa décision sur le reste de la population	⇒	Le médecin doit mettre en œuvre seulement les moyens ayant fait la preuve de leur efficacité et doit aussi prendre en compte les impératifs de santé publique dans ses décisions
Traditionnelle dans les pays latins et en France	⇒	Traditionnelle en Europe du Nord, se diffuse aux États-Unis puis au reste de l'Europe

Dans ce contexte, les malades dits indésirables accueillis aux urgences représentent un danger tout particulier pour les services de spécialités. Les « *bedblockers* » risquent d'entraver le « *turn over* » des patients, menaçant ainsi de grever la durée moyenne de séjour des malades du service, dont dépend l'allocation des ressources. Constatant que la tarification à l'activité n'est pas strictement applicable aux établissements qui accueillent une large part de patients vulnérables et socialement défavorisés, la plupart des pays assurent la coexistence d'autres canaux de financement [36]. Ces canaux correctifs tiennent compte de la situation sociale des malades, de leur âge, ou encore de la

catégorie sociale des habitants du bassin géographique de l'hôpital. C'est respectivement le cas des programmes publics d'assurance médicale *Medicare* et *Medicaid* aux États-Unis, des enveloppes « MIG-précarité » en France et de « l'indice de correction social des établissements » appliqué en Belgique [37]. Mais quel que soit le correctif choisi, l'activité hospitalière auprès des personnes en situation de précarité ou de vulnérabilité apparaît essentiellement envisagée sous l'angle du surcoût. D'un point de vue gestionnaire, les patients « indésirables » représentent une dépense supplémentaire, un écart à la norme qu'il convient de corriger. D'une certaine manière, cette approche favorise une tendance à la stigmatisation des plus vulnérables, consécutive des tensions économiques supportées par l'hôpital moderne.

Les limites de la recherche

Ces éléments de résultat et de discussion peuvent être nuancés par deux limites de la recherche liées aux conditions de l'expérimentation.

Une première limite est liée à la singularité du terrain. En effet, toute étude relative à l'organisation des urgences intra-hospitalières est susceptible d'être influencée par la spécificité du contexte organisationnel propre au service étudié (existence de filières spécifiques, configuration de l'offre de soins locale, politique de service, politique hospitalière nationale, etc.). Toutefois, il convient de rappeler que la recherche entreprise s'est déroulée au sein de deux services d'urgences. Ce double terrain a permis de mettre en évidence les éléments communs aux deux sites distincts afin de dépasser la majorité des limites liées aux spécificités contextuelles. Par ailleurs, la mise en perspective des résultats avec la littérature internationale a permis de dégager des principes généralisables, tant du point de vue de la gestion des flux que des modalités de financement et de management des hôpitaux.

En second lieu, la taille restreinte de l'échantillon ne nous a pas permis de mettre l'accent sur la variabilité des résultats en fonction des caractéristiques personnelles des interviewés (âge, sexe, rationalité professionnelle, etc.). S'il ne nous a pas été possible d'établir de profils homogènes en ce domaine, l'analyse des entretiens a toutefois conduit au repérage de fortes tendances. Ainsi, les femmes (infirmières et médecins) semblent afficher un intérêt majoré pour l'accompagnement relationnel du patient par rapport à leurs confrères masculins, davantage centrés sur la dimension technique de la démarche du soin en urgence. Cette distinction, classique en sociologie du genre, confirme les travaux déjà effectués sur le sujet [38]. Concernant la rationalité professionnelle, il semble que le métier de référence soit un critère peu important dans l'appréhension du sens donné à l'urgence. En effet, la fonction occupée apparaît bien plus déterminante. Ainsi, les médecins et infirmiers qui possèdent une fonction de tri des patients et de gestion des flux sont logiquement plus focalisés sur la responsabilité collective que leurs collègues chargés de soins individuels dans les zones dédiées.

Conclusion : entre *Chronos* et *Kairos*

Si dans l'imaginaire social, l'urgence médicale n'attend pas et implique la nécessité d'agir vite et sans délai, dans les faits, elle semble plutôt se trouver à la croisée de deux dimensions plus générales du temps. La première dimension, *Chronos*, implique un temps quantitatif et linéaire, séquencé en unités de mesure que sont par exemple les heures ou les minutes. Le temps fait ici référence à un cadre préalable standardisé et s'impose à l'activité humaine comme temps unique, un temps de référence. *Chronos* renvoie aux normes quantitatives déterminées collectivement telles que les délais de prise en charge définis dans les protocoles de triage. À l'inverse, *Kairos* concerne une dimension qualitative et pragmatique du temps. Il désigne le moment adéquat, l'occasion propice, l'opportunité. Il s'agit d'intervenir au *bon* moment. Cette dimension relève du sens pratique et peut être construite à partir d'une multiplicité de temporalités. *Chronos* implique de suivre scrupuleusement les rythmes imposés par le triage alors que *Kairos* permet l'appréciation d'une situation dans toutes ses dimensions et ouvre la voie aux possibilités d'adaptation. L'adaptation du temps consacré à un patient

veillera ainsi à considérer le vécu et la temporalité du malade. Alors que *Chronos* est mobilisé dans l'objectif de répondre aux urgences « vraies », *Kairos* ouvre la voie à une reconnaissance et à une légitimation des autres formes d'urgences, qu'elles soient médicales, sociales et/ou ressenties.

Le temps idéal pour le soin en urgence est celui qui prend en compte à la fois *Chronos* et *Kairos*. Cet intermédiaire s'ouvre à la possibilité de légitimer les urgences jugées secondaires. Mais le personnel des urgences s'en éloigne. Cet éloignement apparaît moins dû au nombre d'urgences vitales (qui représentent en réalité une minorité de situations⁵) qu'à la conjugaison de deux autres facteurs. Le premier d'entre eux est le spectre de la responsabilité ultime. Pour contrer le risque « *de passer à côté de quelque chose* »⁶, la menace de ne pas repérer une urgence vitale, les soignants tendent à aller vite pour évaluer un maximum de situations en focalisant leur attention sur celles qui engagent les pronostics vitaux et fonctionnels. La crainte est celle d'une mauvaise gestion du temps qui précipiterait la mort d'un patient. Ce spectre de la responsabilité ultime trouve un écho supplémentaire dans le contexte de la judiciarisation de la société qui marque profondément les conditions d'exercice de la médecine contemporaine. Le second facteur réfère aux contraintes organisationnelles qui poussent les professionnels à travailler dans l'urgence. Du fait de l'engorgement des services, de la restriction des ressources hospitalières et de la pénibilité du travail, les membres du personnel des urgences connaissent des situations d'épuisement professionnel. Le contact avec une population qui exprime mécontentement ou agressivité face aux délais d'attente entrave la communication, l'empathie et l'échange pacifié nécessaires à la pleine considération de l'urgence secondaire.

On aboutit alors à un véritable paradoxe dans les services hospitaliers d'urgences. Les protocoles de triage entraînent une focalisation de l'attention des soignants sur l'urgence vitale, qui, dans les faits, ne recoupe qu'une mineure partie de l'activité. À l'inverse, le triage tend à délégitimer les urgences dites secondaires qui sont en réalité majoritaires. Dans ce contexte, la rencontre des soignants avec tout ce qui ne relève pas de « l'urgence vraie » sera appréhendée comme étant problématique, alors même que ces situations relèvent de la majeure partie de leur activité.

Dans une société de l'urgence qui repose sur la spécialisation, comment valoriser une médecine d'urgence qui repose sur la polyvalence? Les urgentistes sont confrontés à des exigences multiples. Ils ont à développer, tout à la fois, les compétences médico-techniques nécessaires à un secours efficace et les capacités psycho-relationnelles indispensables au souci de l'autre ou à la responsabilité pour Autrui, chère à l'éthique d'Emmanuel Levinas. Mais le caractère éthique de la relation thérapeutique entre en conflit avec les mouvements contemporains « d'économicisation » et d'hyperspécialisation de la médecine hospitalière. D'où la majoration du risque de tensions et de malentendus autour du sens de l'urgence à l'hôpital. Les médecins et les infirmières sont soumis aux rythmes hospitaliers et aux pressions imposés par les politiques de régulation des dépenses de santé. Les nouvelles configurations de gestion privilégient la prise en charge des pathologies aiguës et bien identifiées à la défaveur des polyopathologies et des maladies ressenties [41]. Elles favorisent la reconnaissance de l'acte technique au détriment de l'accompagnement relationnel. Parallèlement, la multiplication récente des spécialités médicales contribue à accroître les difficultés rencontrées par les services d'urgences pour le placement de leurs patients [42].

Dans ce contexte, une question se pose : est-il possible de trouver un consensus autour du sens de l'urgence à l'hôpital? Répondre par la positive nécessiterait de dépasser les logiques managériales de gestion et d'hyperspécialisation. A l'heure où certains reconnaissent dans le *care* un concept moral et politique majeur, il s'agit de promouvoir une conception noble et non pas marginalisée des compétences psycho-relationnelles, du travail en réseau et de la coopération pluridisciplinaire. Plus généralement, il s'agit aussi d'interroger les dimensions éthiques du souci de l'Autre, du soin et de l'attention portés aux personnes les plus vulnérables.

⁵ Les situations d'urgences vitales représentent moins de 3% des passages dans les services d'urgences français et les trois quarts des patients rentrent chez eux à l'issue de leur passage [39-40].

⁶ Paroles d'un médecin interviewé.

Références

1. Reix A. [Etude de l'organisation des différents systèmes d'urgence dans six pays européens : La France, le Royaume-Uni, la Belgique, la Suède, la Finlande et la Norvège](#) [Thèse]. France : Université René Descartes de Paris ; 2002.
2. Chodosas M. Etude de l'organisation des différents systèmes d'urgence dans six pays européens : La France, l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et le Portugal [Thèse]. France : Université Paris VII ; 2002.
3. Schuur J-D, Venkatesh A-K. [The growing role of emergency departments in hospital admissions](#). The New England Journal of Medicine. 2012; 367: 391-393.
4. Peneff J. Les malades des urgences : Une forme de consommation médicale. Paris : Métailié ; 2000.
5. Maillard-Acker C. [Infirmière Organisatrice de l'Accueil et référentiel](#). Congrès Urgences 2012. 2012 : 1-15.
6. Wolff V. [La grande précarité au rythme de l'urgence : Mobilisation du personnel autour du patient sans-abri dans un service hospitalier d'urgences](#) [Thèse]. France : Université de Strasbourg ; 2014.
7. Peneff J. Le goût de l'observation. Paris : La Découverte ; 2009.
8. Peretz H. Les méthodes en sociologie : L'observation. Paris : La Découverte ; 2004.
9. Hughes C. La place du travail de terrain dans les sciences sociales. Paris : École des Hautes Études en sciences sociales ; 1996 : 267-279.
10. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris : Armand Colin ; 2007.
11. Wolff V. Les malentendus de l'urgence médicale. Revue des sciences sociales. 2013 ; 50 : 84-91.
12. Fabre C. [Le recours aux urgences hospitalières : Un mode d'accès aux soins spécifique des populations défavorisées](#). Prévenir. 1995 ; 28 : 129-135.
13. Vassy C. [L'organisation des services d'urgences : Entre le social et le sanitaire](#). Mouvements. 2004; 32: 67-74.
14. Lang T, Davido A, Diakité B, Agay E, Viel J-F, Flicoteaux B. [Non urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health need does it reflect?](#) Journal of Epidemiology and Community Health. 1996; 50: 456-462.
15. Camus A, Dodier N. [L'intérêt pour les patients à l'entrée de l'Hôpital : Enquête sociologique dans un service d'urgences médicales](#). Rapport pour le Plan Urbain et le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, Paris : CERMES, GSPM ; 1994.
16. Fassin D. La raison humanitaire : Une histoire morale du temps présent. Paris : Le Seuil ; 2010.
17. Danet F, Bremond M, Robert D. [Le travail du médecin aux urgences : Reniement, adaptation ou transformation ?](#) Nouvelle revue de psychosociologie. 2006; 1 : 103-116.
18. Morin E. Introduction à la pensée complexe. Paris : Le Seuil, 2005.
19. Goffman E. La mise en scène de la vie quotidienne. Paris : Éditions de Minuit ; 1973.
20. Smith R, Lowther P. [Blocked beds](#). Health bulletin. 1975 ; 33(3) : 112-113.
21. Coid J, Crome P. [Bed blocking in Bromley](#). British Medical Journal. 1986; 292: 1253–1256.
22. Gansel Y, Danet F, Rauscher C. [Long-stay inpatients in short-term emergency units in France : A case study inpatients in short-term emergency units in France: A case study](#). Social Science & Medicine. 2010; 70: 501-508.
23. Becker H. [How I learned what a Crock was](#). Journal of Contemporary Ethnography. 1993; 22(1): 28-35.
24. George V, Dundes A. [The Gomer : A figure of American hospital folk speech](#). Journal of American Folklore. 1978; 91: 568-581.
25. Leiderman D-B, Grisso, J-A. [The Gomer phenomenon](#). Journal of Health and Social Behavior. 1985; 26(3):222-232.
26. Rawls J. Théorie de la justice. Paris : Le Seuil ; 1987.

27. Valette P. *Éthique de l'urgence, urgence de l'éthique*. Paris : Presses Universitaires de France ; 2013.
28. Ricoeur P. *Soi-même comme un autre*. Paris : Le Seuil ; 1996.
29. Levinas E. *Totalité et infini : Essai sur l'extériorité*. Paris : Le Seuil ; 1996.
30. Levinas E. *Éthique et infini : Dialogues avec Philippe Nemo*. Paris : Fayard ; 1982.
31. Delhom P. *Le temps de la patience*. Cahiers d'études lévinassiennes. 2005 ; 4 : 21-47.
32. Weber M. *Économie et société*. Paris : Uge Poche Pocket ; 1995.
33. Rosa H. (2010). *Accélération : Une critique sociale du temps*, [2005]. Paris : La Découverte.
34. Majnoni d'Intignano B. *Économie de la santé*. Paris : Presses Universitaires de France ; 2001.
35. Moisson J-C, Tonneau D. [Le financement concurrentiel des hôpitaux : menace ou avantage pour le service public ?](#) *Politiques et management public*. 2008 ; 26(1) : 111-126.
36. Or Z., Renaud T. [Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital : Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères](#). Documents de travail 23. Paris : IRDES ; 2009.
37. Maric M, Grégoire E, Leporcher L. [La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins](#). DREES – Série études et recherches, vol.81. Paris : DREES ; 2008, chap IV.
38. Rother D, Hall J-A, Aoki Y. [Physician gender effects in medical communication : A meta-analytic review](#). *Journal of American Medical Association*. 2002; 288: 756-764.
39. Carrasco V, Baubeau D. [Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale](#). *Études et résultats* 212. Paris : DREES ; 2003.
40. Boisgérin B, Valdelièvre H. [Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation Études et résultats 889](#). Paris : DREES ; 2014.
41. Sicard D. [L'évolution éthique à l'hôpital à l'heure de la tarification à l'activité](#). *Éthique et santé*. 2010 (7) : 148-151.
42. Vassy C, Renard F. *Quelles maladies pour l'hôpital public ? Deux stratégies de segmentation*. *Gérer et Comprendre*. 1992 ; 27 : 29-40.