

## DES URGENCES VITALES AUX URGENCES SOCIALES

Docteur Xavier EMMANUELLI

Lorsque le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) a été créé au début des années 70, il a représenté un concept majeur, nouveau et audacieux, car il était en rupture avec le système d'accueil des urgences qui prévalait jusqu'alors.

Il pouvait se résumer en un slogan : « l'Hôpital hors les murs ». Les décideurs l'avaient voulu ainsi (et réalisé après bien des combats et bien des résistances) car le nombre d'accidents de circulation était tel (plus de 13 000 morts et 450 000 blessés par an à l'époque) qu'on ne pouvait plus attendre que les blessés graves parviennent à l'hôpital de manière aléatoire (police secours, pompiers, ambulances privées, médecin ou .....bon samaritain) et avec un délai plus ou moins important . C'est ainsi qu'il a été décidé d'envoyer « au devant » des victimes un véritable « SAS » de réanimation muni d'un plateau technique complet et servi par des personnels médicaux les plus qualifiés.

Tout de suite le souci des médecins a été tel qu'au plan médico-légal ils ont voulu qu'aussitôt la victime placée dans l'ambulance, elle soit considérée comme étant hospitalisée.

Le concept était audacieux, mais il avait déjà fait ses preuves sur les champs de bataille ; c'était ce que l'on appelait « le poste médical avancé » où le médecin se trouve au plus près des théâtres d'opération. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si les inventeurs du SAMU avaient servi dans l'armée française en temps de guerre et avaient compris consciemment ou non l'intérêt, pour traiter les urgences vitales, d'être immédiatement au contact de la victime. On peut citer des personnes comme Henri LABORIT, chirurgien militaire qui avait beaucoup travaillé sur le choc et la protection neuro-végétative , où Pierre HUGUENARD, qui a conçu le SAMU 94 comme un véritable commando d'intervention à l'instar des pompiers ou des militaires. Ils ont décliné le modèle militaire dans le monde civil.

C'est ainsi également que les médecins ont pu améliorer les diagnostics et traitements du choc traumatique et traiter dans leur pratique quotidienne un grand nombre de cas de poly-traumatologie avec des idées et des abords nouveaux – ce qui a suscité à cette occasion encore, nombre de polémiques, mais aussi de grandes avancées techniques à tel point que le concept d'urgence même en a été bouleversé. Les militaires séparaient les urgences vitales : urgence immédiate, de l'urgence des 3 heures, celle des 6 heures de l'urgence retardée, autant d'idées que connaissaient bien les médecins de l'avant, puisqu'ils étaient tenus de traiter les grands blessés en fonction des moyens dont ils disposaient, et en fonction du temps et des conditions d'évacuation.

Ils avaient d'ailleurs imaginé la fiche d'évacuation et l'enrichissement des moyens au fur et à mesure que l'on s'éloignait du champ de bataille et que l'on se rapprochait, le long de la chaîne d'évacuation, de l'hôpital spécialisé : les SAMU ont repris ces concepts sans les nommer, mais la description de l'état du blessé, la transmission des bilans, permettaient au médecin régulateur d'envoyer, dès que l'état de la victime l'autorisait, les patients vers l'hôpital le plus proche ou le plus spécialisé, même s'il avait des distances considérables à franchir pour l'atteindre, car le malade se trouvait dans les conditions dont il aurait bénéficié en salle de déchoquage, à l'hôpital.

Mais entretenir une cellule de veille et d'écoute 24 heures sur 24, sept jours sur sept, avec des médecins régulateurs spécialisés, maintenir en alerte sur pied de guerre des équipes médicales et para médicales de haut niveau, demande des efforts considérables, d'autant que tous les échanges sont traités, horodatés, et exploités. Ils servent d'ailleurs à l'enseignement, la formation, et rappelons le, sont sources de données médico-légales. C'est peut-être parce que l'on s'est très vite rendu compte que les urgences vitales ne constituaient « que » 12 à

15% des cas, que l'on a examiné les urgences avec un autre regard. Après les urgences vitales, on a considéré d'un autre œil les urgences « vécues », comme par exemple la crise de colique néphrétique qui ne met pas la vie en question, mais qui demande une intervention immédiate – puis les urgences « ressenties » : un saignement pas très important et peu significatif peut déclencher chez un profane l'exigence d'une intervention rapide ; les urgences fonctionnelles qui ont, si l'on ose dire, « profité » des avancées des techniques chirurgicales comme la greffe de main ou de doigt, qui demande que l'on agisse rapidement... autant d'urgences que le SAMU se devrait de traiter pour s'auto-entretenir.

Pour autant le SAMU n'a pas fait disparaître les services d'urgences classiques de l'hôpital puisque l'hôpital « dans ses murs » a continué à fonctionner. Le SAMU a seulement représenté un outil supplémentaire de l'hôpital et a exploité sa mobilité pour développer des stratégies, des techniques et des protocoles nouveaux : la médecine dite pré-hospitalière, les évacuations sanitaires, les transports secondaires d'hôpital à hôpital, les scores d'évaluations... Avec la conception hospitalo-centriste du système sanitaire français, le SAMU a littéralement transformé l'accueil des blessés graves et des polytraumatisés, les connaissances sur le choc, et le développement de nouvelles thérapeutiques. Il a aussi fait apparaître des métiers nouveaux : l'urgentiste et les « permanenciers », techniciens de première intervention, qui reçoivent et décodent les appels d'autant que le « 15 » numéro national unique d'appel médical d'urgence, a multiplié les demandes d'intervention.

On peut écrire que le SAMU, compte tenu de la réforme hospitalière, a été l'un des éléments majeurs de la transformation des concepts médicaux et d'un apport considérable dans la compréhension des mécanismes des lésions des premières minutes.

Les limites du SAMU tiennent plutôt à la définition de la victime. Dans le fond, le SAMU se rend auprès du malade parce que le malade ne peut se rendre, au vu de son état, auprès de lui, c'est à dire aux urgences de l'hôpital. Du coup se trouve placée sur la sellette la notion de « victime », susceptible de bénéficier de l'urgence. C'est une notion d'autant plus importante que des critères auxquels la médecine et l'ordre des médecins tiennent beaucoup, se trouvent plus ou moins bafoués, ainsi le libre choix du médecin, le consentement du malade, le secret médical, ne peuvent plus être respectés. Un accidenté n'a pas le libre choix du médecin, son diagnostic est transformé en bilan ou en fiche d'évacuation et donc il ne bénéficie plus du secret, et son consentement, s'il est gravement traumatisé, ne lui est pas demandé. La déontologie traditionnelle n'a plus cours et s'efface devant l'urgence. C'est la logique même. Ce type de malade est considéré, à cause de ses lésions, comme un organisme à l'abandon auquel il est inutile, parce que ce serait vain, de demander son avis quant à son devenir ou son placement, et on lui supprime au nom de l'efficacité, tout libre arbitre.

Ce qui fait qu'un clochard polytraumatisé, quel que soit son âge, son état, son statut administratif ou sa couverture sociale, a toujours toutes ses chances d'être recueilli sur la route à cause de lésions qui mettent sa vie en danger, par le SAMU qui ne le considère comme de sa compétence qu'en « l'objectivant », en ne voyant que ses blessures. Mais le même clochard, s'il avait l'audace de se présenter aux urgences pour une grippe, une angine ou une brûlure légère aurait toutes les chances, surtout s'il est ivre, de se faire refouler. Ce n'est donc que si on le considère comme un « objet », qu'il garde ses chances d'être secouru comme tous les hommes blessés graves sur notre territoire.

Considéré comme un sujet avec ses problèmes sociaux sa souffrance psychique, son alcoolisme chronique et éventuellement des malaises qu'il ne saurait exprimer, il aura au contraire toutes les chances de se faire refouler de l'hôpital.

En somme, le système préfère les hommes quand ils sont réifiés plutôt que les malades quand ils sont encore sujets avec leurs facultés de parlementer. C'est un des effets pervers de la séparation formulée par la loi de 1976 « du Sanitaire et du Social », l'un des problèmes majeurs que rencontre l'hôpital pour accueillir ces personnes puisqu'il a cessé d'être « Hôtel

Dieu » – ou hospice. On peut le comprendre, les hôpitaux-hospices étaient devenus des anachronismes, avec leurs dortoirs repoussants, les salles communes, les asiles de vieux, et ils n'ont plus, depuis cette loi de 1976, qu'une fonction de soins médicaux. Aussi toutes les personnes ne relevant pas strictement de sa mission qui est une mission, exclusivement sanitaire tombent dans une zone grise sanitaro-sociale dont l'hôpital ne sait se débrouiller sinon par l'empirisme ou l'expérience humaine. Dans les meilleurs des cas, le personnel compatissant peut les aider par un peu de fraternité, en accompagnant le plus loin possible par contact personnel le malade à problèmes multiples, ou abandonner tout simplement en le mettant à la porte pensant que le malade en question ne relève pas de sa

stricte mission, car il fait perdre trop de temps à des professionnels surchargés et en nombre insuffisant.

On pourrait écrire la même chose du monde psychiatrique qui a externalisé sous forme de secteurs la plupart de ses fonctions et fait disparaître ces vieux asiles aux règlements sadiques et inhumains où les psychotiques souvent pourrissaient tout au long de pauvres vies sans intérêt, alors qu'ils auraient pu aussi bien se trouver dehors..(si le dehors en était resté aux années 60-70 avec le plein emploi et des logements facilement accessibles, bien entendu). Plus d'asile psychiatrique, plus d'asile « somatique », les possibilités sont réduites également dans le monde social des centres d'hébergement qui ont gardé cet aspect dramatique à la DICKENS d'usines à dormir, en se transformant en foyers d'urgence, sûrement plus humains, plus habitables et plus professionnels, mais au nombre de places plus réduites, l'entrée par « le bas » étant difficile – la sortie par le « haut » aléatoire.

On comprend alors, la transformation de l'espace public urbain se rétrécissant, que l'on retrouve à la rue des malades polyhandicapés, qui ne relèvent ni des urgences de l'hôpital somatique ni des urgences de l'hôpital psychiatrique, ni des centres d'hébergement où ils n'en trouveraient pas de place, parce que ceux-ci sont complets, ensuite parce qu'ils sont tenus par un règlement intérieur à ne pas accepter de personnes prises de boissons ou trop atteintes psychiquement pour se retrouver dans une dynamique d'insertion. C'est pourquoi ces malades se trouvent sans vraiment de solutions. Quant aux exclus toxicomanes ou sidéens c'est, on l'imagine, encore bien plus difficile.

Le SAMUSOCIAL a été créé, à l'instar du SAMU, pour les gens qui sont des victimes ou qui ont implicitement le statut de victimes, parce qu'ils sont trop isolés pour trouver par eux-mêmes des secours de proximité, trop atteints pour réclamer leur libre arbitre, trop indifférents à leur corps pour demander et attendre quoi que ce soit de l'institution qui puisse leur être bénéfique. Ils sont dans une situation de « divorce par consentement mutuel » entre l'institution médico-psycho-sanitaire, dont ils se doutent bien qu'ils n'ont pas grand chose à attendre, et eux-mêmes, dont ils évaluent mal ou pas du tout les dangers physiques ou psychiques auxquels ils s'exposent. C'est dirais-je une situation ingérable de « no man's land » où l'on ne sait plus à quelle institution s'adresser.

Les laissés pour compte se retrouvent finalement dans trois situations que la société a en quelque sorte mis à leur portée par défaut.

La prison d'abord : un délit commis et re-commis emmène ce genre de malade en prison (70% de taux de récidive) ; l'hôpital psychiatrique ensuite, qui trouve quand même des solutions quand les malades sont trop déviants ou souffrent trop – mais hélas, des solutions bien provisoires, et le SAMUSOCIAL enfin, même si les médias ne comprennent pas bien son rôle et lui confèrent une sorte de pouvoir universel pour traiter de l'exclusion.

Le SAMUSOCIAL, c'est la bouée de sauvetage pour ceux qui flottent entre ces mondes et qui nous posent la question :... « et après l'urgence », comment insère-t-on ?

Les travailleurs sociaux n'ont qu'une réponse : on n'insère plus ! L'ascenseur social qui a fonctionné sous la 4<sup>ème</sup> et le début de la 5<sup>ème</sup> république et qui permettrait de retrouver ses chances ne marche plus. Une « armada » de spécialistes gère un flux circulaire, un stock de personnes, sur la capitale en tout cas, personnes dont chacun sait obscurément qu'elles ne trouveront pas de solutions réelles.

Dans ces conditions, que veut dire « Urgence sociale » ? A vrai dire l'urgence sociale concerne des personnes pluri-handicapées qui accumulent les déficits, les lésions physiques pas assez importantes pour « intéresser » l'hôpital, des lésions « psychiques » pas assez marquées pour intéresser l'hôpital psychiatrique, des problèmes sociaux dont l'alcoolisme en particulier est trop important pour « intéresser » les centres d'hébergements, et qui restent encaimés dans un état de résignation où ils ne demandent rien et où le principal obstacle à l'insertion est en eux même. Ils n'attendent plus rien et n'espèrent plus rien et donc ne tentent rien.

La sociologie est telle que ces cas sont de plus en plus nombreux et complexes et que leur typologie est difficile à saisir : jeunes en errance, familles à l'abandon, réfugiés de l'Est ou clandestins du Sud, clochards ou alcooliques en tous genres, psychotiques sans hébergement... le fond du problème est le manque d'Asiles et surtout de description de ces problèmes.

Le social ne se traite pas en urgence, disent à juste titre les travailleurs sociaux, les lésions psychiques demandent du temps pour cicatriser – si elles cicatrisent d'ailleurs - et l'insertion dans la société ne se résout pas en quelques jours ou quelques semaines...

Mais une chose est certaine, quand il a cessé d'être un homme libre qui se bat pour ses droits, quand peu à peu, à force de rejets et de refus, il se dévalorise et accepte son sort, quand il ne demande plus rien – alors ce malade polyhandicapé devient une « victime » et il faut se porter à sa rencontre comme le fait le SAMU MEDICAL.

On l'a compris le SAMU MEDICAL, le SAMUSOCIAL et les urgences psychiques doivent pouvoir coordonner leurs actions et porter leur regard sur les mêmes personnes qui relèvent par un côté de l'un, par un autre côté de l'autre et par une troisième facette du troisième acteur.

L'urgence sociale ne se calcule ni sur les ressources, ni sur l'âge, ni sur la possession ou non d'une carte de prise en charge. C'est l'exclusion, la solitude, le rejet et l'aboulie, le manque de désir, et le désespoir, qui la déterminent. C'est là qu'il faut intervenir en urgence – quand le patient n'a plus d'initiative ou de libre arbitre. Telle est en tout cas l'analyse du SAMUSOCIAL.

Depuis quelques années la fréquentation des urgences hospitalières a augmenté de 10 à 14%. Ce n'est pas qu'il y ait plus de malades à traiter en urgence, c'est que toute une frange de population fragile et aux problèmes multiples se présente aux urgences car elle a réalisé que c'est le seul service capable d'accueillir 24 heures sur 24 et tout le long de l'année. Ces populations viennent en quelque sorte « par défaut » faute de trouver des services sociaux ouverts, méconnaissant leurs droits et cherchant à s'adresser à une administration plus compliante que celles qu'ils connaissent – ce qui donne des pistes pour l'avenir. En effet les urgences doivent être polyvalentes, et il est intéressant d'y placer un service social pour qu'en même temps que l'examen physique, soit pratiqué l'examen de la situation sociale de la personne. C'est là aussi que l'on devrait placer un médecin psychiatre, ou du moins un paramédical à orientation psychiatrique, pour aider ces malades qui n'ont pas de demande précise – et qu'il faut aider à faire formuler.

Pour le SAMUSOCIAL, il y a trois sortes d'urgences sociales :

la première, c'est quand le malade est devenu une victime totale qu'il faut secourir à l'instar du SAMU en se portant à sa rencontre ; la seconde est sans doute synonyme de la marginalité : le malade peut se rendre seul auprès des secours, encore faut-il qu'il trouve une

réponse adéquate à ses problèmes, et qu'il ne soit pas renvoyé de guichet à guichet. La troisième urgence sociale est la grande exclusion : ce sont les vieux, abandonnés dans la solitude de leur appartement, les malades chroniques ou handicapés dont tout le monde se désintéresse, et les malades en fin de vie qui n'ont pas tous accès aux soins d'accompagnement ou aux soins palliatifs, et enfin les personnes très désocialisées inclassables comme ces jeunes errants avec ou sans chiens..

Autant de pistes à explorer, autant de situations à éclaircir pour pouvoir y répondre, surtout en examinant « l'après-urgence » et bien entendu en s'occupant de la prévention de ces urgences..mais, comme dit le poète, ceci est une autre histoire.