

MASTER 2 ETHIQUE DU SOIN ET RECHERCHE (PHILOSOPHIE, MEDECINE, DROIT)

LES LIMITES AU CONSENTEMENT MEDICAL EN SITUATION D'URGENCE DANS LE CAS DES URGENCES GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES

Mémoire présenté par : Isabelle IMBERT

Sous la direction de : Xavier BIOY et Christophe PACIFIC

Université de rattachement : Toulouse II Jean Jaurès

Table des matières

Remerciements.....	3
Avant-Propos.....	4
Introduction.....	6
Précisons notre questionnement :.....	8
I : Définir : Urgence médicale et limite.....	9
A : Distinguer « urgence » et « urgence médicale ».....	9
1 : Le concept d'urgence.....	9
2 : L'urgence médicale.....	11
3 : Les acteurs de l'urgence.....	16
B : Penser le concept de « limite ».....	18
1 : <i>Péras</i> : la limite qui établit.....	19
2 : <i>Poros</i> : cheminement et chemin.....	22
3 : <i>Peran</i> et <i>peira</i> : l'obstacle et l'épreuve.....	23
4 : Pour simplifier : mettons <i>péras</i> , <i>poros</i> , <i>peran</i> et <i>peira</i> en images :.....	25
C : Les concepts d'urgence et de limite : dans l'optique du consentement médical.....	28
1 : La confusion sémantique et son impact.....	28
2 : Limite et consentement.....	29
II Du consentement.....	32
A : Du concept de consentement.....	32
1 : Le contrat médical.....	33
2 : Le consentement médical.....	36
a) Le consentement plutôt que l'assentiment.....	37
b) Les consentements plutôt que le consentement.....	40
B : Ce qu'implique le consentement.....	45
1 : La dignité de la personne.....	45
a) Pas sans le législateur.....	46
b) Avec l'homme de l'art et le philosophe.....	49
2 : Consentement et situation d'urgence.....	50

a) Patient en situation de péril imminent.....	51
b) Patient admis dans un service d'urgence.....	53
III Un service d'urgence pour les femmes.....	56
A : Un service d'urgence hospitalier.....	57
1 : Un service général.....	58
2 : Un service spécifique et spécialisé.....	58
B : Service hospitalier d'urgence pour les femmes.....	59
1 : Les urgences gynécologiques.....	60
2 : Les urgences obstétricales.....	61
C : Limites au consentement des patientes dans ce service :.....	65
1 : Les limites externes au consentement médical de la patiente.....	66
a) Les bornes (arké) qui rendent possible l'autonomie et à la dignité des patientes	66
b) Les obstacles à déconstruire pour désystématiser l'omission de la permission :	67
2 : Les limites internes de la patiente au consentement médical.....	70
a) Les obstacles : les entraves assimilées.....	71
b) Les délimitations fondatrices de la dignité de la patiente.....	75
Conclusion.....	81
Annexes.....	84
(Mémoire) Annexe 1 : Rapport du stage réalisé du 4 février au 8 février 2019.....	84
(Mémoire) Annexe 2 : Tableau.....	85
Bibliographie du mémoire.....	86
Essais.....	86
Thèses, mémoires et cours.....	87
Documents officiels.....	88
Articles.....	88
Romans.....	90
Dictionnaires.....	90
Manuels.....	90

Sites internet utilisés.....	91
------------------------------	----

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier toute l'équipe de l'Espace Ethique du Tarn qui m'a proposé un champ de réflexion des plus intéressants et qui m'a permis de réaliser mon premier stage. Un merci reconnaissant pour les conseils éclairés de Christophe qui m'ont été des aides précieuses.

Je tiens à remercier tout particulièrement Thierry Almont, pour sa gentillesse et sa perspicacité, ainsi que l'équipe des urgences de Paule de Viguier et Marjorie Botz, qui m'ont accueillie pour le stage de deuxième année.

Mes remerciements vont aussi à Messieurs Xavier Bioy et Christophe Pacific qui ont assuré la direction de cet écrit.

Un clin d'œil supplémentaire à Bernadette Gorrin et Emilie Harsant qui m'ont grandement facilité mon séjour à Purpan., ainsi qu'à Nadine Guibbert pour ses heures de relecture et de correction, et Miguela Abad pour tous ses conseils avisés.

Avant-Propos

L'opportunité de rencontrer les membres de l'Espace Éthique du Tarn m'a permis d'expérimenter l'aspect pratique de la réflexion éthique. Grâce à cela, j'ai pu réaliser un premier stage lors de la première année du Master d'Éthique du Soins et Recherche auprès de leur groupe. C'est ainsi qu'est né ce questionnement face à une difficulté récurrente des équipes soignantes, à savoir *qu'en est-il réellement du consentement libre et éclairé des patients*.

Quels que soient les domaines du soins dans lesquels ces professionnels exercent : gériatrie, psychologie, réanimation, chirurgie, soins infirmiers... Quel que soit le secteur : hospitalier ou libéral. Quelle que soit la structure : publique ou privée. Le constat est le même : sommes-nous certains en tant que soignant et professionnel que nous accueillons le consentement de ce patient, et non l'écho de celui de sa famille, de son entourage ou de l'équipe de soins. De plus ne présente-t-il aucun trouble cognitif, aucun « empêchement » interne qui biaiserait sa capacité à consentir ou refuser ?

Cette question est lourde de responsabilité et d'humanité. Comment à l'heure d'une médecine toujours plus technicienne, toujours plus pressée de résoudre les difficultés, s'assurer de ne pas priver autrui de son droit positif le plus fondamental : celui de disposer de son libre-arbitre. Pour l'Espace Éthique du Tarn, la réponse fut de mettre en œuvre un outil de vérification des compétences à consentir du patient : « l'Eticore ». Outil qui à ce jour est en cours de test, et auquel j'ai pu apporter une petite contribution.

L'opportunité de rencontrer les membres de l'Espace Éthique du Tarn m'a permis d'expérimenter l'aspect pratique de la réflexion éthique. Grâce à cela, j'ai pu réaliser un premier stage lors de la première année du Master d'Éthique du Soins et Recherche auprès de leur groupe.

C'est sur ces fondements de réflexion et de mise en œuvre d'une démarche critique que s'est greffée mon interrogation quant aux limites du consentement médical. Depuis la Loi Kouchner, il n'est plus d'actualité que le médecin, les soignants décident seuls du traitement ou des dispositions à prendre vis à vis d'un malade. Le fait d'être en situation de maladie ne prive plus le sujet de sa capacité à consentir ou non aux soins proposés, la loi lui en reconnaît les pleins pouvoirs.

Cependant, dix-sept années se sont écoulées depuis l'avènement de cette loi et nous offrent aujourd'hui davantage de recul pour penser ce progrès dans la reconnaissance de la dignité d'autrui. Pourtant cela ne va pas de soi ! Effectivement, bien des situations dans la pratique de la médecine et du soin, dans la vie réelle de la maladie et des accidents, montrent combien autonomie et vulnérabilité du patient sont à considérer dans un même mouvement ; Bien que « cohabitant » au cœur de l'être, n'y a-t-il pas une priorité à accorder à l'un ou l'autre de ces principes selon la situation qu'il faut vivre ? Quel principe prioriser ?

A ce moment de ma réflexion, l'actualité médiatique met sur le devant de la scène « l'affaire Weinstein ¹ » et les réactions des réseaux sociaux et féministes², sur la question du sexisme et du consentement dans les relations sexuelles. Du point de vue politique en France, c'est dans ce climat que la présidente du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes a commandé un rapport³ à propos des actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. La question du consentement au soin et aux examens est alors apparue des plus sensibles dans ce domaine.

Ainsi une réalité de terrain venait encore confirmer la difficulté : le consentement du patient, ici en l'occurrence de la patiente, n'est pas une évidence, surtout s'il vient à s'ajouter des troubles cognitifs. C'est alors que Thierry Almont, chargé de recherche en oncosexologie, dans le service du Pr Éric Huyghe à l'Hôpital Purpan-Paule de Viguiers m'a fortement encouragée à mener une réflexion sur la réalité du recueil du consentement au sein des urgences gynécologiques et obstétriques. Proposition qui a suscité tout mon intérêt, et qui m'a ouvert par l'intermédiaire du Pr Louis Bujan, les portes du Service des urgences gynécologiques et obstétriques de l'Hôpital Purpan – Paule de Viguiers où m'a accueillie Marjorie Botz, cadre sage-femme, qui a accepté d'être ma tutrice de stage.⁴

Voici le contexte dans lequel s'inscrit ce travail de réflexion

1 Article du journal Le Monde publié le 13 octobre 2017 sur le site : www.lemonde.fr (auteur non précisé sur le site).

2 Voir le mouvement international réactivé par l'actrice Alyssa Milano : #metoo, ou plus français : #balanceton porc et les conséquences un an après : « #BalanceTonPorc, #MeToo : quel impact chez les jeunes générations ? » Publié le 5.10.2018 par SudOuest.fr avec AFP.

3 Rapport n°2018-06-26-SAN-034, voté le 26 juin 2018

4 L'objectif prioritaire de mon stage d'observation était de recueillir le vécu des patientes sur la question du temps passé dans le service des urgences, question que Mme Botz désirait voir aborder avant de mettre en place un patient-traceur. De fait, la question du consentement est devenue secondaire dans la rédaction du rapport, cf en annexe p.

Introduction

Depuis la loi du 4 mars 2002, les soignants et les médecins ne sont plus seulement des professionnels de la santé dont dépendent les patients. Ils sont devenus des interlocuteurs privilégiés de la parole du patient. Aujourd'hui la démarche de soin n'est plus axée sur l'autorité médicale qui diagnostique la maladie et prescrit le traitement, elle a le devoir de se focaliser sur le patient, ce sujet singulier qui vit une pathologie. Ainsi, un des principes fondamentaux de la Loi Kouchner est de restituer toute sa dignité au patient par la prise en compte de sa parole en ce qui le concerne lui en premier lieu : sa santé, sa vie. Nul professionnel de santé ne peut désormais faire l'impasse sur l'obligation de recueillir le consentement ou le refus de soin d'un patient sans encourir le risque que cela puisse lui être reproché.

Pourtant, la réalité concrète du soignant qui se heurte à toutes les contingences du quotidien et des structures qui assurent la prise en charge des malades, révèle bien des difficultés, voire des impasses, à mettre en œuvre une telle politique. Ainsi, s'interroger sur « Les limites au consentement médical en situation d'urgence (dans le cas des urgences gynécologiques et obstétriques) » nous apparaît pertinent. D'autant plus pertinent que l'actualité médiatique met chaque semaine en lumière les difficultés du monde hospitalier à assurer sa mission⁵?

En effet, l'urgence est déjà prise en compte dans la loi Kouchner en termes d'exception au recueil du consentement du malade, mais l'expérience montre que toute arrivée au service des urgences n'est pas forcément urgence. L'urgence vécue n'est pas forcément l'urgence diagnostiquée. Qu'est-ce qui définit alors une urgence et pour qui ? Quelle est la spécificité de cette situation qui nous conduit à la penser en termes de limite ? Limite d'espace, de temps, de personne, de moyen, de connaissance, de conscience... ? Et le concept de limite est-il celui d'une règle ou d'un cadre dont nous parlons ou d'un obstacle,

5 Et ce jusqu'à l'épuisement des professionnels de santé parfois jusqu'au suicide : Carrière M., Ulrich V, Recueil numérique sur la thématique du suicide pp 67-68, mis à jour le 17 septembre 2018, *Rapport de l'Observatoire National du Suicide : Direction de la Recherche, des Études, des Évaluations et des Statistiques*. Bernadette Fabregas, écrit sur le site Infirmiers.com., le 5 juillet 2018 : « Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, réaffirme son ambition d'améliorer la qualité de vie au travail des professionnels de santé et médico-sociaux, quel que soit leur lieu d'exercice, en installant un "observatoire" dédié. La mise en place de cet observatoire devrait rendre plus concrète l'ambition gouvernementale de "Prendre soin de ceux qui nous soignent". » ce qui nous conforte dans la connaissance du gouvernement sur l'état de souffrance professionnel en milieux de soin.

d'un horizon, ou encore d'une finalité ? *Comment devons-nous interroger ce concept de limite pour qu'il ne soit pas réduction mais accomplissement du consentement libre et éclairé du patient ?*

De plus, il ne s'agit pas de réfléchir aux limites du consentement médical mais aux limites au consentement médical. Si la première expression envisage le consentement dans sa dimension théorique, générale et juridique, la deuxième met en évidence la singularité et l'aspect pratique, pragmatique et moral du fait de consentir. Cependant l'aspect pratique bien qu'au cœur du problème posé, ne peut être pensé qu'en référence à la théorie et au droit qui rendent compte de sa légitimité. On peut s'inscrire à la suite de Marie-Pierre Hervy qui écrit que « D'un point de vue strictement juridique, le consentement n'est pas libre lorsqu'il y a usage de violence ou de mensonge. A ce titre, tout consentement obtenu en médecine est libre...⁶ » puisque la loi le confirme : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose⁷ ». Nulle coercition ou nul détournement de la vérité n'a lieu d'être. Aussi, cette affirmation de soi que le droit protège ne tend-elle pas à devenir une simple formalité administrative en vue de prévenir d'éventuelles réclamations ? Le vécu des patients et des soignants, permet-il une authentique délibération avant la décision ?

Là, se joue encore et toujours l'antique pièce celle d' : *anankè* contre *éleuthéria* en d'autres termes : Nécessité contre Liberté. Soumission involontaire à un système, une autorité, un pronostic ou capacité à accepter, à refuser, à choisir ou pas ce qu'un professionnel est en mesure de proposer pour notre vie ? L'admission au service des urgences ne risque-t-elle pas de révoquer le « principe d'autonomie » du patient quel que soit son état de santé en vertu du « principe de bienfaisance » ?

De plus, l'urgence dont il question dans ce mémoire, ne désigne pas toute situation critique mettant en péril la vie ou la santé à venir de n'importe quel individu. Non, il s'agit de l'urgence qui a trait à la réalité féminine, procréatrice et gestationnelle Notre réflexion s'adresse à ce domaine particulier de la dimension humaine qu'est le corps féminin, sa vie et sa prise en compte dans la démarche de soin en situation d'urgence. *A priori* rien ne devrait différencier cette prise en charge de la prise en charge générale des pathologies dans les

⁶Hervy Marie-Pierre, « *Quid du consentement ?* », *Gérontologie et société*, 2002/2 (vol. 25 / n° 101), p. 129-
⁷ Article 35 du Code de déontologie médicale « Information du patient » édition du 11 octobre 2012

services d'urgence. Pourtant, ce service d'urgence est spécifique : lieux différents, personnels spécialisés, pathologies propres à une seule population.

En ce sens le service hospitalier des urgences gynécologiques et obstétriques est une spécialité au cœur de la spécialité qu'est l'urgence hospitalière. Cette caractéristique en fait un service d'exception qui implique une prise en charge spécifique. La vulnérabilité de la femme s'accroît alors de celle de l'enfant à venir. Or qu'en est-il dans la réalité des patientes et des soignants ? Les femmes consentent-elles authentiquement aux soins qui leur sont spécifiques dans la spécialité et le service qui leur sont dédiés ?

Précisons notre questionnement :

Notre réflexion vise à clarifier et penser cette difficile et combien nécessaire cohabitation du recueil du consentement du sujet en situation d'urgence présumée ou avérée, et l'obligation de soin soumise aux contraintes de temps, d'espace et de moyens.

Dans un premier moment, nous interrogerons les concepts d'urgence médicale et de limite, dans leurs acceptions théoriques et leurs usages pratiques en vue d'établir l'impact qu'ils ont ou non sur la réalité du consentement d'un sujet en situation d'urgence.

Puis, il sera alors question de réfléchir à la nature de ce consentement médical dans ses dimensions juridiques et éthiques, mais aussi existentielles.

Enfin, nous verrons en quoi cette analyse amène à penser de façon particulière la prise en considération de la parole des femmes en situation de vulnérabilité dans un service d'urgence qui leur est dédié. Car si l'autonomie des femmes devenues citoyennes n'est plus à mettre en doute de façon générale, l'expérience pratique semble receler de lacunes.

En conclusion, ne serait-ce pas faire preuve de confiance et de courage que de refuser que les patientes aient à devoir choisir entre leur autonomie en tant que sujet et leur vulnérabilité en tant qu'existant ? Que faut-il mettre en œuvre pour que les femmes même en situation d'urgence médicale soient entendues comme sujets vulnérables et libres ?

I : Définir : Urgence médicale et limite

A : Distinguer « urgence » et « urgence médicale ».

Pour aborder notre problème de fond, il faut auparavant que nous ayons une idée précise de ce qu'est l'urgence et plus spécifiquement l'« urgence médicale ». C'est en effet l'urgence ou non des événements, de la pathologie qui détermine le contexte dans lequel le consentement du patient est requis. Ce consentement pourra-t-il dans ces circonstances demeurer « libre et éclairé » ?

1 : Le concept d'urgence

Le concept d'urgence n'est plus un concept propre au domaine médical, nous retrouvons cette idée générale aussi bien dans la dénomination quotidienne, environnementale que juridique. Tous les domaines de l'existence peuvent relever à un moment donné d'un caractère d'urgence.

« L'origine du concept d'urgence est latine. [...]le verbe latin *urgere* a le sens général de « presser », non pas d'abord dans l'acception temporelle de la sollicitation à l'action ou à la réaction immédiate, mais dans l'acception physique et spatiale de la force exercée par l'effet de la masse. Ainsi, dans l'usage transitif, le verbe *urgere* signifie d'abord « pousser en avant », voire « enfoncer » [...] ; s'adressant à des personnes, il peut en venir à dire « accabler » au sens de faire peser [...]un fardeau. [...] En tout état de cause, la dimension explicitement temporelle de l'urgence n'apparaîtra que dans le latin post-classique[...] » précise Raymond Bénévent dans *La Rhétorique de l'urgence*.⁸

Aujourd'hui nous pensons l'urgence en priorisant l'aspect temporel, cependant l'aspect impératif, « l'insistance du projet » n'a pas disparu. On peut en d'autres termes affirmer qu'est urgent ce qui implique à la fois une immédiateté de la décision ou de l'acte et une nécessité de cette même décision ou acte. Le sujet ne peut s'y soustraire ni différer de s'impliquer.

⁸Bénévent Raymond, « La rhétorique de l'urgence » ERES | « La lettre de l'enfance et de l'adolescence »2009/2 n° 76 | p13

Dans la Grèce antique, le caractère nécessaire de la décision à prendre ou de l'acte à poser primait. Effectivement, ne pas répondre à une situation d'urgence, expose à un préjudice, a fortiori quand l'urgence concerne une personne. De fait, porter assistance à une personne en danger est un devoir, un impératif catégorique⁹ auquel l'être raisonnable ne peut se soustraire. C'est une obligation morale, et légale pour tout citoyen, et déontologique dans certaines professions. En d'autres termes, vouloir ne pas agir ou ne pas décider va avoir des conséquences sur le réel. La nécessité implique directement les acteurs en présence. Il ne peut y avoir de défaillance dans la volonté d'agir ou de décider.

S'ajoute à cela, l'aspect immédiat de l'événement à prendre en compte qui fait urgence et qui commande une réponse rapide. Le sens commun entend bien dans cette expression l'idée de soudaineté, d'irruption dans l'ordre des événements quotidiens et routiniers. Alors que d'un point de vue philosophique, l'immédiateté désigne l'absence d'intermédiaire. De cette façon, l'intuition se définit comme une connaissance immédiate au contraire de l'expérience qui est une connaissance par l'intermédiaire des sens et de la perception. Par conséquent, la situation d'urgence réclame la réponse rapide implicitement comprise comme adéquate.

Évidemment que serait sinon une réponse qui ne répondrait pas au problème à résoudre ? Serait-ce une erreur, une faute, un aléa ? Suivant le statut, la profession ou les connaissances des acteurs l'inadéquation de la réponse pourra être jugée différemment à la fois d'un point de vue moral et juridique¹⁰.

« L'urgence procède alors à une modification des règles classiques faisant de la protection de la santé de l'être humain une priorité absolue » contraignant « les professionnels

9 Kant, E. *Fondements de la Métaphysique des mœurs*. « Première section. » Traduction Victor Delbos ; édité par Delagrave, 1987. p. 87-109

10 A propos de « événements médicaux indésirables évitables » communément appelés erreurs médicales, Franck Bourdeau écrit à ce sujet : « Une première distinction immédiate peut être établie d'un point de vue moral entre « l'erreur » et « la faute ». On dira intuitivement que l'on passe de l'une à l'autre selon un gradient croissant de responsabilité et/ou de gravité : l'erreur désignant une conclusion diagnostic in fine erronée mais initialement plausible, une décision jugée a posteriori inappropriée mais a priori justifiable, un écart minime et compréhensible par rapport à une règle de bonne pratique plus ou moins unanime ; la faute renvoyant à une infraction grossière commise à l'encontre d'une procédure obligatoire, à un défaut de sollicitude caractérisé, à une désinvolture coupable, à l'absence de recours à des moyens qui s'imposaient indiscutablement – avec, dans tous les cas, un lien de causalité direct entre les insuffisances personnelles du soignant et le dommage. Selon que l'on retiendra l'un ou l'autre terme pour qualifier les causes d'un accident, les répercussions morales de ce dernier et l'atmosphère dans laquelle il sera analysé en équipe et/ou avec le patient et ses proches ne seront bien évidemment pas les mêmes. Cet article n'ayant pas pour objet une présentation approfondie de la responsabilité médicale au regard du droit, rappelons simplement que le juge, quant à lui, distinguera entre « l'erreur non fautive », génératrice uniquement d'indemnisations, et « l'erreur fautive », exposant de surcroît à des sanctions. » « *Patients et soignants à l'épreuve de l'erreur médicale* », Laennec, 2012/3 (Tome 60), p. 24-38.

de la santé à concilier des valeurs parfois antagonistes¹¹ »¹² comme le fait de passer outre le consentement d'un patient si sa vie est en péril¹³. Ici, se cumule à l'obligation citoyenne d'assistance à personne en péril, celle du professionnel détenteur des connaissances adéquates. Le législateur l'a d'ailleurs clairement exprimé dans le Code de la santé publique :

Pour les médecins : article R. 4127-9 « Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires »

Pour les infirmiers : article R. 4312-7 « L'infirmier en présence d'un malade ou d'un blessé en péril, ou informé qu'un malade ou un blessé est en péril, lui porte assistance, ou s'assure qu'il reçoit les soins nécessaires ».

Pour les sages-femmes : article R. 4127-315 « Une sage-femme qui se trouve en présence d'une femme ou d'un nouveau-né en danger immédiat ou qui est informée d'un tel danger doit lui porter assistance ou s'assurer que les soins nécessaires sont donnés »

C'est pourquoi, nous devons spécifier ce qui fait d'un péril une situation d'urgence médicale.

2 : L'urgence médicale

Du XIV^e à la fin du XX^e siècle, le terme « urgent » est spécifiquement employé dans le domaine médical « où il désigne » ce dont on doit s'occuper sans retard » parce que le pronostic vital est en jeu.¹⁴ » C'est à cet usage premier et spécifique de l'urgence que nous nous attacherons, mais ne perdons pas de vue que la démultiplication de ce concept dans des registres fort éloignés de la médecine (mouvements sociaux, environnement...), a peut-être une incidence sur la perception des services d'urgences hospitalières par le public.

A savoir que selon Peter Sloterdijk est née une « civilisation panique¹⁵ » qui contraint à l'information immédiate, à la gestion de la crise en temps réel. Ce qui conduit à nier le temps lui-même et la valeur d'une action réfléchie et médiante. Associée à la vitesse des

11 Nous verrons plus loin les valeurs qui devront être conciliées et qui font le cœur du problème qui nous préoccupe, à savoir autonomie du sujet de droit opposée à vulnérabilité de l'être humain.

12 Champlong, Ludivine. *Urgence et consentement en matière médicale*, 2012. Revue Droit et Santé n°49, p. 587-598

13 Article 3 du Code civil mais aussi article 36 du Conseil national de l'ordre des médecins, et art R. 4127-42 du Code de la santé publique

14 Bénévent Raymond, « La rhétorique de l'urgence » ERES | « La lettre de l'enfance et de l'adolescence »2009/2 n° 76 | page-14

15 Cité par Bénévent Raymond, « La rhétorique de l'urgence » ERES | « La lettre de l'enfance et de l'adolescence »2009/2 n° 76 | page- 17

moyens d'informations et de toutes les techniques modernes, la « civilisation panique » porte en son sein des citoyens de moins en moins enclins à la patience. Perdre du temps pour l'analyse, en vue d'une action assurée, est ressenti comme une déficience. De là provient peut-être que dans les services d'urgence médicale, toute demande faite est pensée prioritaire par son auteur.

De surcroît, l'urgence désigne simultanément la situation vitale pour un individu et l'endroit où cet individu malade, accidenté, parfois seulement inquiet se présente. A la difficulté de la nuance sémantique se cumule le vécu des difficultés matérielles quand il s'agit de se faire soigner. L'impossibilité d'avoir un rendez-vous médical ou gynécologique dans des délais inférieurs à une semaine (par manque de praticiens ou refus de ces derniers de recevoir de nouveaux patients), les fins de semaines ou jours fériés, les consultations fermées au-delà de 18h en fin de journée... sont autant de causes qui participent à transformer un problème de santé sans gravité en urgence (si ce n'est réelle, du moins ressentie comme telle par le patient).

C'est pourquoi l'espace et le temps, ces cadres *a priori* de notre expérience sensible¹⁶, deviennent par la médiation de l'urgence plus préhensibles encore.¹⁷ L'espace devient obstacle quand la ville doit être traversée alors que l'urgence sourd du corps et de l'esprit du patient. Le temps se fait criminel, vécu comme une course à l'instant, instant qu'il faut devancer.¹⁸

Si bien que, l'urgence médicale qui « concerne « toute symptomatologie dont le diagnostic et surtout le traitement, voire l'orientation, ne peuvent être différés ¹⁹ » en vient à être confondue avec le service hospitalier éponyme. Les auteurs de l'article : « Approche multidisciplinaire de la vulnérabilité dans le contexte de l'urgence médicale » insistent sur le fait qu'il n'est pas[...] aisé de déterminer le seuil qui fait passer d'une gestion ordinaire du temps à une accélération hors norme. ²⁰ »

Les auteurs mettent en évidence que définir les symptômes d'une urgence médicale se heurte à une double interprétation. D'une part, celle relevant des connaissances du soignant,

16 Kant, Emmanuel *Critique de la Raison pure*. « *Théorie transcendantale des éléments* » Traduction A. Tremesaygues et B. Pacaud ; édité par Quadrige /PUF, p. 54-55

17 Cf annexe p : Rapport de stage p

18 Cf annexe p : Rapport de stage p

19 Pourriat J-L, Kierzek G, « *La responsabilité du médecin face à l'urgence* », Médecine & Droit, n°98-99, p.91, cité par Philippe Catherine, Jacques-Jouvenot Dominique, Desmettre Thibaut, Guinchard Christian, Chopard-dit-Jean Adrien, (avec la collaboration scientifique) Binet Jean-René, « *Approche multidisciplinaire de la vulnérabilité dans le contexte de l'urgence médicale* », juin 2011. Revue générale de droit médical n°39 p161

20 Philippe Catherine, Jacques-Jouvenot Dominique, Desmettre Thibaut, Guinchard Christian, Chopard-dit-Jean Adrien, (avec la collaboration scientifique) Binet Jean-René, op. cit. p161

interprétation désignée comme la plus rationnelle et objective, mais nous pouvons ajouter, jamais absolument dépourvue d'intuition ou de subjectivité. D'autre part, l'interprétation du patient sur lui-même. Ce dernier, sujet à la douleur, à l'ignorance ou l'angoisse est difficilement en mesure d'identifier qu'il n'est pas en péril imminent. Pour le sujet, ce qui agresse son corps, est vécu comme une urgence puisqu' « il y a dans la souffrance une absence de tout refuge ²¹ », « La douleur est telle, elle étouffe, elle n'a plus d'air. La douleur a besoin de place. ²² » écrit Marguerite Duras. C'est l'oubli impossible du mal qui ronge.

On peut en déduire qu'il faut toute la maturité d'un esprit adulte et éduqué pour décider et agir adéquatement face à ce qui se présente comme une urgence ou pas. Malgré tout, qui ne cédera pas à la pulsion d'« aller aux urgences » devant la souffrance d'un être cher, et /ou vulnérable ? Les sentiments, et les émotions sont tels que la raison défaille face à l'imagination du pire²³. On attend une réponse, un soulagement, voire un asile.²⁴

De plus ce droit à la protection de la santé, et à la protection de la personne est reconnu par le Préambule de la Constitution des Droits de l'Homme de 1946 et nul citoyen français ne méconnaît ce droit ainsi que ces corollaires. Le premier droit de la personne malade est de pouvoir accéder aux soins que son état nécessite, quels que soient ses revenus. Les principes d'égal accès aux soins et de libre accès aux soins garantis aux usagers par le système de protection sociale, en sont les corollaires.

Personne n'ignore non plus, que le Code de la santé publique impose aux établissements assurant le service public hospitalier d'être en mesure d'accueillir les patients de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement de santé.²⁵

Comment ne se présenter « aux urgences » ou leur téléphoner au minimum quand on ne sait juger de la gravité d'un mal ? Combien il est difficile de raison garder quand la santé est en jeu !

21 Lévinas Emmanuel, *Le temps et l'autre*, Quadrige/PUF, Lonrai (2011) p55

22 Duras, Marguerite : *La Douleur*, P.O.L. (1985) p 14

23 « Imagination. C'est cette partie dominante dans l'homme, cette maîtresse d'erreur et de fausseté, et d'autant plus fourbe qu'elle ne l'est pas toujours, car elle serait règle infallible de vérités elle l'était infallible du mensonge » Pascal, Blaise. *Les Pensées* Le Livre de Poche, Paris (2008) p 66

24 « Lieu de refuge où l'on trouve sûreté et protection » Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales : www.cnrtl.fr/

25 Et la loi du 4 mars 2002 a inscrit ce droit dans un chapitre préliminaire du Code de la santé publique

D'ailleurs les auteurs de l'article précédemment cité indiquent qu'en pratique, il y a une forte inadéquation dans l'appréciation de l'urgence par le public qui se comporte en « usager(s) consommateur(s) de soins [...] qui ne revêtent pas toujours un caractère d'urgence²⁶ ». Sur cet aspect, l'article datant de 2011 ne prend pas en considération la dégradation de l'offre de soins ni l'augmentation de la précarité des personnes telles que les mouvements sociaux de ces derniers mois les ont rendus visibles²⁷. Ceci peut, peut-être pour partie, expliquer une plus forte sollicitation des services d'urgence par les usagers.

A contrario, la très grande majorité des patientes (soient 77 personnes sur un total de 82 patientes) que j'ai pu interroger lors de mon stage dans le service des urgences gynécologiques et obstétriques de l'hôpital Paule de Viguier à Purpan, m'ont fait part de tous les efforts qu'elles ont fait pour éviter de se présenter dans ce service²⁸ sans une indication préalable par un professionnel (médecine scolaire, médecine du travail, gynécologue libéral, médecin libéral, planning familial...)

Toutefois pour lever toute ambiguïté quant au caractère spécifique de l'urgence, les auteurs en affinent les contours en interrogeant le concept de vulnérabilité. Du point de vue sémantique, la vulnérabilité recouvre le champ lexical de la « blessure », de « ce qui est susceptible de blesser un individu²⁹ » ou plutôt de la disposition d'un vivant à être blessé, et ce tant dans toutes les dimensions de son être : physique, psychique, sociale, professionnelle... Le rapport de 2009 de la Cour de Cassation clarifie le concept de vulnérabilité en identifiant « ce qui transforme l'individu en victime « potentielle » ou « en puissance »³⁰ ». Ces critères sont : - les « risques d'une particulière gravité » distinguant le normal du pathologique (infarctus, accident vasculaire cérébral...), - puis les « attributs de la personnalité juridique » (majorité, minorité, tutelle. ...) et enfin - des causes personnelles, inhérentes à l'individu (isolement familial, social...).

Nous pouvons déduire de cette analyse qu'une situation d'urgence médicale met en évidence la vulnérabilité du sujet. Même si l'expérience des maladies communes et peu

26Philippe Catherine, Jacques-Jouvenot Dominique, Desmettre Thibaut, Guinchard Christian, Chopard-dit-Jean Adrien, (avec la collaboration scientifique) Binet Jean-René, op. cit. p161

27 Les inégalités de santé publique ont donné lieu à un intitulé de cours du master éthique de soin et recherche de l'UT2J et étudié conjointement par Le CNRS de Toulouse cf « *Santé publique et inégalités de santé* » par Thierry Lang et Jean-Jacques Marimbert

28Cf annexe p : Rapport de stage p

29Philippe Catherine, Jacques-Jouvenot Dominique, Desmettre Thibaut, Guinchard Christian, Chopard-dit-Jean Adrien, (avec la collaboration scientifique) Binet Jean-René, op. cit. p159

30Philippe Catherine, Jacques-Jouvenot Dominique, Desmettre Thibaut, Guinchard Christian, Chopard-dit-Jean Adrien, (avec la collaboration scientifique) Binet Jean-René, op. cit. p159

invalidantes, les désagréments physiques sans incidence, permettent d'expérimenter notre vulnérabilité, l'urgence médicale rend la prise de conscience de cette vulnérabilité et la réalité de notre finitude imminente. Face à cet impensé qu'est la mort de soi, le sujet maintenant patient dans un service d'urgence, sans moyen de divertir sa pensée du présent n'est pas toujours armé pour y faire face.³¹ Sa vulnérabilité explose au jour. « L'angoisse révèle le néant. [...] L'angoisse nous coupe la parole[...]ainsi justement le néant nous accule[...] »³² affirmait Martin Heidegger.

K ; Goldstein disait justement que « le malade lui-même « vit » en premier lieu sa maladie d'une façon marquant d'une modification fondamentale son comportement vis-à-vis du monde environnant, dans l'insécurité et dans l'angoisse- ce sont là des expressions de réactions catastrophiques³³ .» Le sujet se dévoile à lui-même sa fin, vivant parce que risquant de mourir. En prenant acte dans son affectivité, dans son expérience interne du risque (et de la réalité) de sa fin prochaine, de cette catastrophe, le sujet se découvre existant.

S'éveiller à l'existence dans un service d'urgence, c'est nécessairement vouloir le quitter le plus rapidement possible. Echapper à la catastrophe. Être vivant, encore.

Mais dans les services d'urgence, la célérité de la prise en charge attendue, cède le pas aux conditions de travail des soignants peu nombreux devant la demande. Alors, laissé à lui-même, l'esprit fixant sa douleur, contemple son être-là. Dans l'angoisse de l'attente, le sujet rencontre son être-pour-la-mort³⁴, et comment affronter cette peur quand le sujet est démuné ? Comment ne pas rendre coupable d'une telle angoisse celui qui ne répond pas immédiatement à la demande ?

C'est pourquoi le soignant dont la profession est de soutenir l'humanité défaillante du patient en vue de la guérison, est surinvesti dans les services d'urgence. Il n'est pas seulement celui qui va pallier un manque de santé par un traitement adapté, il est celui dont on attend la vie sauve. Celui qui repousse les limites du n'être-plus-là. Celui qui prend en charge l'angoisse. Quand l'angoisse apparaît même s'il n'est pas toujours raisonnable ou nécessaire

31Pascal décrit le divertissement comme le moyen d'échapper à la conscience de sa finitude : « Sans divertissement il n'y a point de joie, avec le divertissement il n'y a point de tristesse. [...]quand ils sont dans la disgrâce, ils ne laissent pas d'être misérables et abandonnés, parce que personne ne les empêche de songer à eux. » *Les Pensées* Le Livre de Poche, Paris (2008) p 126-127

32Heidegger, Martin. *Qu'est-ce que la métaphysique ?* Traduction Henry Corbin ; édité par Nathan, p 50-51

33 K.Goldstein, *La structure de l'organisme* cité par Marimbert J-J, *Enjeux éthiques de la pratique médicale et inégalités de santé*, cours donnés au CNRS de Toulouse dans le cadre du Master 2 : Ethique du soin et recherche, de l'Université Toulouse Jean Jaurès de Toulouse (Avril 2019) p 60

34 Une des patientes entendues lors de mon stage aux services des urgences gynécologiques de Purpan, après une attente de plus de trois heures, baptisa le couloir-salle d'attente : « couloir de la mort » !

de se présenter dans un service d'urgence, qui mieux que l'urgentiste, démiurge des temps modernes, pourra conjurer le destin ³⁵s'illusionne le commun des mortels ?

3 : Les acteurs de l'urgence

En réfléchissant sur le concept d'urgence, nous nous sommes attachés à définir les caractéristiques d'une telle situation. Se faisant nous avons laissé sous-entendre (comme l'opinion commune l'exprime) que le patient, la victime d'un accident, étaient les acteurs au centre de l'urgence plaçant les soignants en périphérie de l'action.

A mon avis, cette vision n'est pas tout à fait juste. En effet, une personne victime d'un accident mettant en péril sa vie ou sa santé ne devient patient en charge d'un soignant que dans la mesure où ce dernier est présent. Cela ne signifie pas qu'il n'y ait pas de danger pour la victime. Cela signifie que sans une prise en charge efficace, sans une action extérieure rapide, l'urgence disparaît d'elle-même puisqu'il n'y aura plus moyen d'agir.

De cette façon, nous pouvons dire que dans la situation d'urgence, deux acteurs sont en présence. C'est à dire deux sujets vivant l'urgence d'une situation dont les deux sont susceptibles de pâtir. D'abord la victime, le patient en souffrance est l'acteur principal malgré lui. Il ne dispose pas ou plus des moyens cognitifs, physiques, techniques ou scientifiques de répondre à ce qui se produit ou à ses symptômes sont alarmants (comme l'indique la liste de la SFMU³⁶). Puis le soignant, l'acteur proactif.

Ce dernier est celui à qui l'on adresse l'urgence. De fait, il n'est pas extérieur à la situation. Au contraire tout son être participe, corps et esprit. Toute son intelligence est tendue vers une solution efficace et rapide du problème.

L'urgence médicale met en évidence le rôle central du soignant-acteur actif pour résoudre la crise. Ce dernier est détenteur du savoir, des procédures et des techniques médicales nécessaires pour soulager un patient, sauvegarder sa santé ou sa vie. En sorte que,

35 Bénévent Raymond, « *La rhétorique de l'urgence* » : *La mythologie de l'urgentiste : la fée, l'artiste, le démiurge*. ERES | « La lettre de l'enfance et de l'adolescence » 2009/2 n° 76 p.15

36 www.sfm.u.org : liste des symptômes répertoriés comme alarmants : « - Difficultés pour respirer - Douleurs de la partie haute de l'abdomen - Douleurs thoraciques ou sensation d'oppression - Évanouissements, Malaises - Vertiges soudains, faiblesses ou troubles visuels - Modification du comportement, confusion, difficultés pour marcher - Douleurs sévères et brutales de n'importe quelle partie du corps -Saignement qui ne s'arrête pas après 10 minutes de compression - Vomissements sévères ou persistants - Toux ou vomissements de sang - Idées suicidaires » Symptômes largement nommés par les patientes que j'ai entendues en stage, et qui parfois ont été minimisés au point qu'elles se sont senties coupables de s'être présentées. Cf *annexe 1 : Rapport de stage*

l'urgence n'est pas vécue seulement par celui qui la subit, mais tout autant par celui et ceux qui y portent remède. Si les enjeux ne sont pas équivalents pour les uns et les autres, le stress vécu pour sa vie ou pour celle d'autrui impacte tous les acteurs.

Les contraintes d'une situation d'urgence exigent du professionnel qu'il réponde immédiatement : sans délai et sans recul, à la nécessité vitale (qu'elle soit réelle ou ressentie), en délaissant sa vulnérabilité pour soutenir celle d'autrui, sans erreur ni défaillance. La responsabilité est majeure. Le devoir de mener à bien sa mission est impératif. Le moindre manquement peut générer un préjudice grave pour la santé du patient, et des conséquences judiciaires³⁷ pour le soignant en défaut. Heureusement, qu'un service d'urgence hospitalière ne se constitue pas d'une seule personne, mais d'une équipe de soignants professionnels (agents d'entretien, aides-soignants, infirmiers, médecins...). La complémentarité des spécialités et le nombre des professionnels assurent conjointement la qualité de la compréhension de la crise, et la mise en œuvre des moyens pour la résoudre même si cela ne dilue pas la responsabilité, cela permet d'atténuer le poids de la prise en charge.

Malheureusement la restriction des personnels soignants³⁸ remet en cause la gestion de la vulnérabilité des patients mais aussi celle des soignants. Si les moyens techniques et les lieux dédiés aux urgences médicales ont progressé, on ne peut toujours pas se passer d'autrui pour vivre, échanger, se soigner et soigner. Le besoin d'autrui est abyssal quand le sujet faillit à lui-même. C'est alors qu'il compte sur cet Autre pour restaurer sa santé, son humanité, sa dignité.³⁹

37 Un coup d'œil sur un site d'assurance professionnelle dédié aux soignants, confirme la difficulté. Par exemple le site de la MACSF, société d'assurance mutuelle anciennement le Sou médical créée en 1897, et spécialisée « dans la couverture des risques de Responsabilité Civile Professionnelle et de la Protection Juridique »

Mais aussi et surtout, nous pouvons nous arrêter sur l'article de Philippe Catherine, Jacques-Jouvenot Dominique, Desmettre Thibaut, Guinchard Christian, Chopard-dit-Jean Adrien, (avec la collaboration scientifique) Binet Jean-René, « *Approche multidisciplinaire de la vulnérabilité dans le contexte de l'urgence médicale* », qui met en lumière la vulnérabilité du médecin engendrée par le temps et le risque accru d'erreur de diagnostic : « Au pénal, le professionnel de la médecine d'urgence peut se voir condamner du chef d'homicide involontaire ou de coups et blessure involontaires. » Code Pénal, art. 221-6 juin 2011. Revue générale de droit médical n°39 p166

38 « Il peut rester des murs et plus rien à l'intérieur. » s'exclame Christophe Prudhomme, porte-parole de Santé-AMUF (association des médecins urgentistes de France) précisant que l' « on a fermé 100 000 lits en 20 ans aux urgences. ». Propos rapportés dans *Le Parisien* par Elsa Mari, le 24 avril 2019

39 Toute l'importance du regard et de l'attitude des soignants dans le service d'urgence m'a été maintes fois signalée. Cf annexe 1: Rapport de stage car si l'« on ne perd pas sa dignité, [mais qu'] on peut en perdre le sentiment » martèle Eric Fiat, *Petit traité de dignité. Grandeurs et misères des hommes*. Larousse (2012) 199

Décider et agir en situation d'urgence, dans un service d'urgence, impose un certain oubli de soi pour le soignant. S'oublier pour être présent !⁴⁰ Est-ce sans risque pour le professionnel et le patient ?⁴¹ Cela n'est-il pas un facteur supplémentaire de vulnérabilité pour tous les acteurs ?

Dans ces conditions, la démarche de recueil d'un consentement au soin réfléchi et objectivé, n'est-elle pas illusoire, se réduisant à une formalité administrative protectrice du praticien ? N'aurions-nous pas atteint là une « limite » (au sens commun), une borne ?

B : Penser le concept de « limite »

Les conditions de soin et de travail dans les services d'urgences médicales, donnant à voir la vulnérabilité des acteurs (personnels hospitaliers, patients et entourages des patients), impliquent que nous questionnions ce qui apparaît comme une limite au recueil du consentement médical. Quelle signification et quel sens délivre le concept de limite à la pratique du recueil du consentement médical du patient dans le cas des urgences hospitalières ? *Cette situation singulière qu'est amené à vivre un individu remet-elle en question sa liberté fondamentale à se déterminer et à décider pour lui-même ?*

Gabriel Liiceanu enseignant et philosophe roumain, se propose de nous amener à penser le concept de liberté, non comme précédant la limite, mais comme n'étant qu'une conséquence de cette dernière. « [...] la liberté n'a de sens qu'à l'intérieur de conditions déterminées par l'existence de la limite. »⁴² Ce n'est donc pas parce que je suis autonome que je peux fixer des limites, mais parce que j'éprouve des limites, que je suis autonome. Ce changement de paradigme pour le sens commun, permet-il d'envisager autrement la décision ? Non comme absolue, issue d'une pseudo-raison toute puissante dans son auto-détermination. Mais plutôt comme expression d'un déjà-là, d'un devoir-faire-avec. Pour

40 J'ai vécu ma première journée aux urgences gynécologiques et obstétriques sans avoir la sensation de faim, de soif, de fatigue, sans ressentir le besoin d'uriner durant plus de 7 heures consécutives, happée par les patientes autant en nombre qu'en détresse, et cela semble vécu par nombre de soignants que j'ai pu observer

41 Sur ce sujet la littérature ne manque pas, on peut lire notamment le travail de l'équipe pluridisciplinaire de Robert Holcman, *La souffrance des soignants*, « *Stress, burn-out, violences...du constat à la prévention* » Dunod (2018) ou écouter les chroniques de Baptiste Beaulieu sur France Inter (visiter aussi son site internet : alorsvoilà.com) ou se renseigner sur le site professionnel : infirmiers.com)

42 Liiceanu, Gabriel. De la limite - *Petit traité à l'usage des orgueilleux*. Trad. Alexandra Laignel-Lavastine ; Michalon, Paris (1994) p 13

l'auteur, la liberté est d'emblée conditionnée, elle n'émerge qu'après l'apparition de l'être. Elle dépend de cette attribution de forme singulière.

Cette liberté réelle, l'auteur la nomme gravitationnelle puisqu'elle s'extrait de l'indétermination du rien, pour advenir à la matière dépendante du principe de gravitation universelle.

Mais l'être seul ne suffit pas comme cause de la liberté, faut-il encore que la conscience émerge de l'être. « [...] L'] être et, en l'espèce, « être conscient du fait d'être » sont les limites par lesquelles s'opère le passage de la liberté « pure » à la liberté gravitationnelle ⁴³ ». En d'autres termes, si l'esprit n'est pas en la matière, autant demander à un arbre de formuler un avis. Qu'attendre alors de celui qui gît dans le coma ?⁴⁴

La finitude constitue la « troisième condition limitative de la liberté ⁴⁵ ». La finitude est cette conscience propre à l'humanité que l'angoisse expose au sujet : - fini dans le temps et l'espace, - soumis à la contingence du monde - soumis à la nécessité de la nature et de la matière.

Comme l'auteur élabore une étude de la limite, une *pératologie*, à partir de la racine grecque *per-* et d'« un groupe de mots dont les contenus sémantiques ont trait à la limite », nous emprunterons les distinctions qu'il a lui-même établies⁴⁶ pour dévoiler l'implicite de la relation entre l'urgence et le consentement du patient : - un être : le patient - une conscience d'être : l'autonomie et la vulnérabilité du patient - les conditions de la finitude : une situation d'urgence (ou présumée telle) dans un service d'urgence hospitalière.

1 : *Péras* : la limite qui établit

Dans sa recherche philologique, la première signification mise en avant par l'auteur, est celle d'un cosmos s'opposant au chaos d'un univers « non-limité », un *apeiron* platonicien ⁴⁷, un indéfini. C'est la limite qui permet d'établir la réalité de l'être, c'est elle qui permet l'existence en lui attribuant un corps, une organisation, on pourrait dire aussi, en la

43 Liiceanu, Gabriel, *op. cit.*, p.14

44 Nous envisagerons plus loin l'importance de la personne de confiance quant aux directives anticipées.

45 Liiceanu, Gabriel *op. cit.*, p.14

46 Liiceanu, Gabriel *op. Cit.*, Annexes : 1 La racine *per-* et le complexe pératologique p.150-169

47 Platon, *Ménon*, 76 a : « Je dis, en effet, que toute figure est ce à quoi se termine un solide, ou, sous une forme succincte, que c'est la limite du solide. » Trad. E. Chambry cité par Liiceanu, Gabriel. *Op. Cit.*, Annexes : 1 La racine *per-* et le complexe pératologique p.153

structurant. Une erreur est cependant à éviter. Il ne faudrait pas voir là, la limite extérieure d'un corps qui le démarquerait des autres corps existants. Dans la pensée grecque, « la limite est la projection extérieure de l'intériorité du corps : elle désigne l'identité du corps qui se révèle et devient visible⁴⁸ ». C'est donc de l'intérieur de son être que le corps se structure et se pose face à l'in-achevé, au non-constitué, ou aux autres corps, aux autres êtres. C'est par son travail, l'effort fourni sur lui-même que cette limite constitue le sujet sans l'y réduire.

Cette conception de la limite, nous permet de concevoir l'attribution de cadres ou de règles, comme émanant d'une dynamique interne constituant l'être lui-même et non comme un processus extérieur soumettant l'être à un régime qu'il ne reconnaîtrait pas. Dans cette acception, la limite devient le moyen d'exister, le ce-par-quoi l'être advient à lui-même en se constituant autre que l'in-déterminé environnant.

Si le consentement ou le refus sont la capacité du sujet à s'auto-déterminer⁴⁹ alors la limite à cette capacité peut être comprise comme les moyens internes de l'être pour se constituer sujet. En d'autres termes, consentir ou refuser pour le patient est le moyen de dire qui je suis, qui je ne suis pas ou qui je ne suis plus. La limite au consentement du patient ne serait pas privation de sa liberté mais la condition de possibilité de celle-ci. Il ne s'agirait pas de penser un consentement dans l'absolu, cela n'aurait aucun sens ni pouvoir, c'est de liberté réelle-gravitationnelle dont il s'agit. Ce qui signifie, que dans une situation quelconque le consentement ou le refus s'extrait d'un indéterminé pour structurer l'être-là. Ce qui suppose toutefois que le sujet soit en mesure de le faire savoir : *nécessité d'être conscient et communicant dans la même langue*.⁵⁰

Toujours dans ce premier sens de la limite comme *péras*, nous pouvons dégager une deuxième acception : pour être ce qu'il est, le corps est dé-limité. Délimité, à la fois par un commencement et par une fin au-delà de laquelle il n'est plus. Autrement dit, *péras* désigne le point d'origine d'émergence d'un corps ou d'un être et simultanément son achèvement.

48 Liiceanu, Gabriel. Op. Cit., Annexes : 1 La racine per- et le complexe pératologique p.153

49Ce que nous discuterons dans la partie II puisque le législateur a bien stipulé qu'il y avait consentement aux soins et non pas assentiment. Sur cette idée nous pouvons un peu anticiper notre réflexion par ces mots d'Éric Fiat : « [...] il y a dans le consentement une manière de faire contre mauvaise fortune bon cœur [...], une sorte de « faute de mieux » [...] il y a dans l'assentiment un engagement plus plein que dans le consentement. » Fiat, Éric. Petit traité de dignité. Grandeurs et misères des hommes. Larousse (2012) p178

50 L'expérience plusieurs fois renouvelées sur mon lieu de stage, de conversations ubuesques entre mime, langues des signes bribes d'espagnol, d'italien, d'anglais...m'a donné à réfléchir sur le recueil d'un consentement éclairé par une information précise.

Cette représentation conceptuelle de la limite intensifie le concept de cadre ou de structure constituant l'être. Le consentement pourrait se concevoir dans cette idée, comme le « je » kantien⁵¹ ou le *cogito* cartésien⁵², qui permet à l'individu de s'étayer comme sujet. Si l'individu est ce qui ne peut être divisé, le sujet est la conscience qui fait face à l'ob-jet (cet autre chose que soi). Il est la faculté de se pro-jeter à l'extérieur de soi et de se maintenir en soi. *Péras* formule cet être-soi par la parole qui se délimite, qui énonce les limites au-delà desquelles « je » n'est pas ou n'est plus.

Par conséquent, le consentement du patient est non le résultat de sa liberté mais son point de départ autant que le mouvement vers sa finalité, et l'espace qui la contient. On peut déjà concevoir la puissance d'une telle signification. Il ne s'agit pas seulement d'énoncer un droit : la reconnaissance de l'autonomie du sujet. Il s'agit de reconnaître l'être existant, l'étant ici et maintenant, et celui en devenir. Peut-être est-ce dans la dignité lue dans le regard et le geste soignant que s'en trouvera la confirmation cherchée ?

Or « la relation avec l'autre n'est pas une idyllique et harmonieuse relation de communion, ni une sympathie par laquelle nous mettant à sa place, nous le reconnaissons comme semblable à nous, mais extérieur à nous ; la relation à l'autre est une relation avec un Mystère. »⁵³ poétise et confirme Emmanuel Lévinas. Mystère qui est un univers, une histoire devant lesquels nous serons toujours autres. Comment reconnaître encore devant ce patient si dépendant du soin, un sujet libre et autonome ?

Finalement l'expression : « La limite au consentement médical » peut être comprise à la lumière de l'analyse précédente comme la révélation d'un sujet-déterminé-par-une-pathologie se substituant à une-pathologie-portée-par-un-individu. Ce n'est donc pas la limitation (dans un sens d'amoindrissement) de liberté qu'il faut y lire mais la réalisation (la dé-limitation) d'une liberté déterminante.

2 : *Poros* : cheminement et chemin

51 « Posséder le Je dans sa représentation : ce pouvoir place l'homme infiniment au-dessus de tous les autres êtres vivants sur la terre. » Kant, Emmanuel *Anthropologie d'un point de vue pragmatique*, Vrin, Trad. M. Foucault, I, §1 (2008)

52 « Et remarquant que cette vérité : je pense, donc je suis [cogito ergo sum] était si ferme et si assurée, que toutes le plus extravagantes suppositions des sceptiques n'étaient pas capables de l'ébranler, je jugeai que je pouvais la recevoir, sans scrupule, pour le premier principe de la philosophie que je cherchais. » Descartes, René. *Discours de la méthode*, « Quatrième partie » Vrin, Paris (1970) p 89

53 Lévinas, Emmanuel. *Le temps et l'autre*, Quadrige/PUF, Lonrai (2011) p 63

Poros, ce deuxième terme englobé et porté par le concept de limite, évoque une dimension dynamique qui en français peut, à mon avis, se retrouver dans un sens abstrait, dans l'expression : « A la limite » autrement dit : « en poussant à l'extrême, en allant jusqu'au point idéal que peut atteindre une progression.⁵⁴ ». En grec, ce sens est concret, il donne à voir autant le chemin à parcourir que l'effort et le mouvement pour le parcourir. Cela suppose que pour qu'il y ait limite, il faut qu'il y ait mouvement. Il n'y a pas de limite pour qui ne bouge pas, ne se déplace pas. En restant statique, nous ne pouvons voir ce qui est « au-delà ». Ce sens, est une invitation au déplacement de soi, à la fois de son corps spatial, et de son esprit. La mutation qui se dessine dans l'être par l'effort fourni, modifie la portée du regard, la vision *du monde*.

Cette façon de concevoir la limite, est d'après Gabriel Liiceanu issue de l'expérience maritime de la culture grecque. Nous comprenons bien que pour un marin, le chemin à parcourir et autant une limite que la traversée à vivre. C'est cette traversée qui par l'énergie que doit fournir sans relâche le marin, est la réussite du chemin lui-même⁵⁵. A la fois mesure de sa traversée et risque de démesure.

Cette perception empirique, vécue de la limite, me semble riche d'enseignements. Le marin est celui qui quitte la terre ferme, solide, et se met à la merci des éléments pour aller « au bout » de sa quête. Il est certain qu'en chemin il accède à une meilleure connaissance de soi par le travail et l'intelligence qu'il va devoir développer. Il a osé, il est parti, il a affronté ce qu'il ne connaissait pas. Le chemin l'a consolidé, non de l'extérieur, mais de l'intérieur de lui-même. La solitude, le doute, l'angoisse et la temporalité sont autant d'expériences-limites auxquelles il ne pourra se soustraire. Qui ne voit pas là, le voyage d'Ulysse ?

Le poète Antonio Machado nous livre aussi les ingrédients de cette conquête de soi :

[...] Caminante, son tus huellas	[Toi qui marches, ce sont tes traces]
el camino y nada más;	[qui font le chemin, rien d'autre ;]
caminante, no hay camino,	[toi qui marches, il n'existe pas de
chemin,]	
se hace camino al andar.	[le chemin se fait en marchant.]

54 D'après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales créé en 2005 par le Centre National de la Recherche Scientifique, le CNRTL fédère au sein d'un portail unique, un ensemble de ressources linguistiques informatisées et d'outils de traitement de la langue. www.cnrtl.fr

55 Sur cette idée l'auteur cite un extrait des *Ruses de l'intelligence* de M. Détienné et J.-P. Vernant : » [...] « montrer les *poroi* de la mer. ». Les *poroi*, ce sont les voies de passage, les chemins qu'Apollon promet d'ouvrir à travers l'étendue inhospitalière des eaux[...] » Liiceanu, Gabriel. op. Cit., *Annexes : 1 La racine per- et le complexe pératologique* p.160

Al andar se hace camino	[En marchant on fait le chemin]
y al volver la vista atrás	[et lorsqu'on se retourne]
se ve la senda que nunca	[on voit le sentier que jamais]
se ha de volver a pisar.	[on n'empruntera à nouveau.]
Caminante no hay camino	[Toi qui marches, il n'existe pas de chemin]
sino estelas en la mar...[...]	[si ce n'est le sillage dans la mer...] ⁵⁶

Cette expérience de la limite est vécue comme un rite initiatique, symbolique de notre acquisition de la liberté. Il y aura un avant et un après le chemin. Identique à soi et cependant plus tout à fait le même dans l'accomplissement de notre être. C'est une certaine vision hégélienne de l'être qui se lit ici comme une dynamique dont la spirale serait : être (je suis cette personne-là)-néant (par la maladie je ne suis plus moi-même)-devenir (je suis le sujet qui se redéfinit par la guérison, ou le dépassement de la maladie).

Ce consentement ou ce refus attendu du patient, est à la lecture de *poros*, un chemin à parcourir. Rien n'est visible pour le soignant. Tout se joue à l'aune du for interne du sujet. Ce sujet-patient sera-t-il ce « marcheur », « ce marin » ou pourra-t-il le devenir ? S'abandonner à la Nécessité ou à l'institution (soignante-hospitalière) n'est-ce pas plus confortable ?

3 : *Peran* et *peira* : l'obstacle et l'épreuve

Avec ces deux dernières significations du concept de limite : *per-*, G. Liiceanu montre que l'être n'est susceptible d'être accompli qu'à la suite d'un franchissement d'obstacles, qui sont autant de mises à l'épreuve constitutives de sa liberté.

L'« acte de cheminer entre des limites (*poros*) [est] perçu comme franchissement d'un obstacle et comme passage au-delà (*peran*), et enfin, l'expérimentation (*peira*) de la limite, son « épreuve » qui enveloppe tous les autres moments et par quoi ils débouchent sur l'Idée. [...] Conquérir sa limite propre, en cela consiste le mouvement souverain sur le terrain du fini : c'est accéder au statut ontologique en vertu duquel les choses sont dans la plénitude d'elles-mêmes et distinctes des autres ⁵⁷ »

56 Antonio MACHADO *Chant XXIX Proverbios y cantares*, Campos de Castilla, 1917.

57 Liiceanu, Gabriel. op. Cit., Annexes : *1 La racine per- et le complexe pératologique* p.154-155-156

L'importance ici de la limite est non pas de fixer un impossible à atteindre, il y aurait mésinterprétation. L'auteur signifie au contraire que l'obstacle à franchir est la distance qui sépare le marin de l'autre rive, rive comprise à l'intérieur et non à l'extérieur du champ délimité du voyage. Ce n'est donc pas un impossible à atteindre mais la limite extrême qui demeure accessible.⁵⁸

L'obstacle, dans l'usage familier de la langue désigne ce qui barre la route. Pourtant, il n'interdit pas le passage, il le rend malaisé, il arrête le pas, mais n'est pas une frontière infranchissable (ce n'est pas un horizon). D'ailleurs, une course d'obstacles à pied ou à cheval est une compétition de dextérité, de rapidité, de maîtrise de soi et d'anticipation. Cela ne barre pas la route mais délimite une progression. En équitation, la hauteur et le nombre des obstacles franchis permettent de qualifier le cavalier.

Par ailleurs, l'épreuve est la façon dont l'obstacle est passé. Comme la parole est la preuve de la pensée parce qu'elle en est l'épreuve, en éprouvant la mise en mots, je réalise ce que je pense précisément. De même, l'obstacle est la preuve de la liberté car il en est l'épreuve. Renoncer devant la difficulté de l'obstacle, ou s'ingénier à le déconstruire, à le contourner, sont autant d'agir qui éprouve notre liberté. Par conséquent, la limite : *peran* et *peira* n'annihile pas la liberté mais est condition de possibilité de cette dernière. Sans obstacle contre lesquels buter, comment saurions-nous que nous sommes en marche ?

En outre, ces deux distinctions : *peran* et *peira* développent l'idée que l'être, le sujet que nous sommes est à constituer jusqu'au plein épanouissement de ses possibles. Il n'est pas réalisé une fois pour toutes. Il se pose en s'opposant à ce qu'il n'est pas. Ce faisant, il éprouve les limites qui délimitent sa liberté. La liberté si elle est l'autre rive à conquérir, et aussi le point de départ : la capacité à quitter la terre ferme, elle est aussi le chemin de libération qu'elle implique autant que les obstacles à surmonter, pour pouvoir revenir au pays, et les nombreux « voyages et départs » qu'elle suppose.

4 : Pour simplifier : mettons *péras*, *poros*, *peran* et *peira* en images :

Pour unifier et simplifier l'analyse de ces quatre définitions du concept de limite, nous pouvons reprendre un des textes fondateurs de la pensée philosophique : *L'allégorie de la*

58 « Pour indiquer la limite susceptible d'être dépassée, les Grecs emploient le terme *horos*. *Horos* désigne la ligne de démarcation entre deux domaines, la frontière qui permet de les franchir dans les deux sens » note de Liiceanu, Gabriel. op. Cit., *Annexes : 1 La racine per- et le complexe pératologique* p.163

caverne de Platon⁵⁹. Dans ce texte des plus célèbres, parfois vu comme fondateur de la pensée européenne, Platon raconte l'histoire d'un prisonnier qui fuyait sa condition première. La lecture de ce texte peut aider à illustrer l'analyse philologique de G. Liiceanu sur le concept de limite *per-* et son corollaire : la liberté.

Ainsi faisant dialoguer Socrate et Glaucon, Platon permet au novice de se représenter par le biais d'une histoire imagée, la nécessité pour la conscience de s'extraire de la représentation sensible et de l'opinion, pour atteindre la vérité scientifique et philosophique révélatrice du Bien et libératrice de son être.

Le prisonnier au fond de la caverne est l'être, le sujet existant et en-devenir. Il n'est pas encore pleinement lui-même, il ne jouit pas de sa liberté, il n'est pas autonome⁶⁰. Il est aliéné comme ses compagnons aux chaînes des déterminations sociétales et intellectuelles voire à sa pathologie qui étayent sa représentation du monde. Il n'est pas sujet de lui-même puisqu'il est privé de sa capacité à se délimiter. C'est le patient malade aliéné à sa pathologie. Suivant cette illustration, on peut lire :

- *péras* : comme la limite interne du prisonnier qui est absente. En tant que prisonnier, il n'est pas sujet, il est in-défini, il n'existe pas au sens juridique, il n'a pas de reconnaissance, sa voix ne compte pas. Il est l'esclave dont on dispose, un objet utile. Il est dans le chaos, le dés-ordonné, l'in-fini (*apeiron*). *Péras* : est aussi la limite de départ, le point d'origine vue de l'intérieur du sujet (*arké* désigne cette même limite vue de l'extérieur du sujet). C'est le fond de la caverne, ce à partir de quoi le sujet va se constituer, et ce à quoi il reviendra autre qu'il n'était. (Dans le texte de Platon, une fois que le prisonnier est sorti de la caverne et qu'il a contemplé le monde des Idées, il est contraint d'y retourner.) Le cadre est posé. Une limite de départ, et une limite d'achèvement d'accomplissement.⁶¹ Les limites sont là, la liberté réelle, gravitationnelle comme la nomme G. Liiceanu a surgi.

A partir du moment où il rompt ses chaînes, le prisonnier va devenir visible, poser les limites de son être au monde, se différencier des autres corps. Il décide et se décide en souffrant et en rompant ses chaînes. Le cadre des déterminations extérieures se trouve expulsé de son être par l'effort qu'il fait pour se relever. Il devient sujet de sa liberté, de sa dé-limitation. Il pose le

59 Platon, *République VII*, Traduction Robert Bacou, GF-Flammarion, Paris (1966) p 273-277

60 Au sens kantien du terme, l'autonomie implique cette capacité d'agir « comme si la maxime de ton action devait être érigée par ta volonté en LOI UNIVERSELLE DE LA NATURE. » Kant, Emmanuel. *Fondements de la Métaphysique des mœurs*. « Deuxième section. » Trad. Victor Delbos ; Delagrave, (1987) p 136

61 Dans une conceptualisation plus hégélienne de l'Esprit qui conquiert sa liberté, nous pourrions reprendre l'image de la spirale, qui s'accomplissant et s'élevant revient à son point d'origine mais ne se confond plus avec.

cadre de son être propre, de ce à quoi il prétend. « Seul parmi les choses, il peut se décider. »⁶²
Ainsi le malade assumant sa maladie, devient un sujet vivant sa singularité.

-*poros* : peut être lu comme le cheminement et le chemin pour gravir la pente de la caverne jusqu'au monde des Idées. Le sujet se libère progressivement, chaque nouvelle étape est une désillusion supplémentaire mais nécessaire (« une limite à dépasser - à atteindre »⁶³). Il redessine les contours de son identité en prenant des risques. Dans le texte platonicien, cet effort est marqué par les verbes d'action, les champs lexicaux du soin, de la souffrance et de la mort. Mort qui est ce à quoi aboutit la libération du sujet quand elle est vécue comme un risque par le pouvoir en place. Pour le sujet malade, le cheminement est l'acceptation et la reconnaissance de sa pathologie, le chemin est le temps et les efforts de conscience pour l'appréhender. Le sujet meurt à ce qu'il était, pour acquérir une nouvelle norme car « la santé d'après la guérison n'est pas la santé antérieure. »⁶⁴

- *peran* et *peira* : peuvent être interprétés simultanément dans le texte de Platon, comme les obstacles et les épreuves qui consolident le sujet dans sa désaliénation. Il devient de moins en moins étranger à lui-même au fur et à mesure qu'il progresse vers la Raison. Ces étapes obstacles-épreuves ou limite à dépasser - à atteindre dans le texte de Platon sont :

- les ombres du fond de la caverne : ce sont les images (représentations sensibles) qui captent le regard et la pensée (par les habitudes(éthos)⁶⁵, les habitus,⁶⁶ et les comportements agentiques⁶⁷). Pour le malade, c'est la représentation qu'il se fait de sa maladie, de la guérison, de sa santé.

62 « Dans le cas de l'homme, « être décidé » s'entend pour la première fois en un double sens : d'une part, ma limite m'a été conférée de l'extérieur ; mais d'autre part, je suis aussi en mesure de me configurer du dedans, de me décider. » Liiceanu, Gabriel. op. Cit.p 38

63 Liiceanu, Gabriel. op. Cit.p 64 à 77

64 Canguilhem, Georges. *Ecrits sur la médecine*. Seuil (2002) p 99

65 Sur ce sens et sa critique : Lalande, André. *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, PUF, (1985) p.392 à p. 398

66 Ce qui forme des conduites ordinaires, à la fois automatiques et impersonnelles, qui sont signifiantes mais sans intention de signifier. On peut remarquer que la sémiologie de l'habitus est fort à la mode aujourd'hui dans les séries télévisées comme : *Mentalist*. La peur de la manipulation et du mensonge dans la société contemporaine, aiguise la curiosité pour se prémunir de tels comportements. Pour notre étude nous nous référerons à l'essai de Pierre Bourdieu : *Langage et pouvoir symbolique*. Essais, Points (2014) Nous pouvons lire par exemple p 80 : « Le pouvoir de suggestion qui s'exerce à travers les choses et les personnes et qui en annonçant à l'enfant non ce qu'il a à faire, comme les ordres, mais ce qu'il est, l'amène à devenir durablement ce qu'il a à être, est la condition de l'efficacité de toutes les espèces de pouvoir symbolique qui pourront s'exercer par la suite sur un habitus prédisposé à les ressentir »

67 Tels que définis par Stanley Milgram dans l'expérience de psychologie sociale éponyme, réalisée au début des années 1960 et toujours efficace comme le montre le documentaire de France 2 : « Le jeu de la mort » du 17/03/2010

- le mur : est ce qui voile le pouvoir (discours démagogiques ou dogmatiques, dans tous les cas obscurantistes⁶⁸). Pour le malade, ce peut être le discours sociétal à propos de sa pathologie comme nous avons pu les entendre par rapport au SIDA dans les années 1980, et qui perdure aujourd'hui avec le VIH.⁶⁹

- les montreurs de marionnettes : ce sont les détenteurs du pouvoir (institutions religieuses, politiques, enseignantes, familiales). Dans le cas du SIDA, les positions du Vatican, par exemple, ont largement influencé l'opinion publique.⁷⁰

- le feu : c'est l'utilisation de la raison et de la science, la condition de possibilité d'une connaissance objective (les discours rationnels et fondés par la preuve démonstrative ou argumentative) comme dans le cas du SIDA, qui grâce à la recherche scientifique ne peut plus être confondu avec le VIH.⁷¹

- le soleil : représente le principe anhypothétique, générateur de tout ce qui existe. Dans le système platonicien, c'est le Bien. Ce que la liberté du sujet doit le conduire à contempler par la recherche de la vérité. Le Bien n'est pas la limite accessible, c'est au contraire l'inatteignable vers lequel on tend (en tant que limite interne au sujet), mais dont seuls les dieux partagent la réalité (en tant qu'horizon : limite externe au sujet). Il éclaire mais ne se laisse pas posséder. Sur cet aspect, cela nous rapproche du sens de la limite en mathématique : « valeur dont une grandeur peut s'approcher sans jamais l'atteindre » ou en physique : « valeur que ne peut ou ne doit dépasser un phénomène physique ». ⁷²⁷³ , ou encore de l'idée d'horizon. Avoir contemplé le Bien, est l'accomplissement de la liberté, la fin (télos) en tant qu'achèvement de soi. Le sujet a acquis la pensée authentique(*noésis*) en se libérant de l'opinion commune(*doxa*). Sa conscience lui intime le devoir de transmettre le vrai, il doit

68 Sur cet aspect du défaut de raison dans l'usage public et privé de celle-ci : voir : Kant, Emmanuel. *Qu'est-ce que les Lumières ?* Trad. Jean-Michel Muglioni ; Hatier, (2015).

69 Article de la Radio Télévision Suisse : *Le sida, des origines à aujourd'hui* - rts.ch - sida
<https://www.rts.ch/decouverte/dossiers/>

70 exemple d'article paru dans la presse en France : *Le pape et le sida*. « Dans un éditorial, "Le Monde" estime que loin de faire évoluer la position de l'Eglise sur le préservatif, le pape la rigidifie. » le 18 mars 2009
<https://www.lemonde.fr/idees/article/2009/03/18/>

71 « Les termes VIH et SIDA ne doivent pas être employés indifféremment. En effet, toute personne vivant avec le VIH n'est pas nécessairement au stade sida. Depuis 1996, les traitements antirétroviraux permettent aux personnes de vivre longtemps et en (relativement) bonne santé. Ainsi, employer indifféremment les termes VIH et sida entretient une représentation erronée de la réalité de l'épidémie en France. Maintenir l'idée que la découverte de la séropositivité est synonyme de condamnation à mort peut avoir pour conséquence de décourager les personnes de se faire dépister et ainsi retarder leur prise en charge médicale. » article mis à jour le 29 .09 .2016, <https://education.francetv.fr/>

72 D'après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales op. cité. : . www.cnrtl.fr

73 D'après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales op. cité. : . www.cnrtl.fr

redescendre dans la caverne. Ainsi le malade atteint du SIDA qui se libère de la représentation de sa pathologie comme une punition divine, naturelle ou morale vis-à-vis de sa sexualité.⁷⁴

Le retour au fond de la caverne, ce n'est pas nécessairement la guérison d'une pathologie, ni le retour à un état antérieur révolu. C'est la réalisation pour l'individu d'être sujet et acteur de lui-même, de définir une nouvelle norme de sa santé ou de son être.

Après avoir clarifié ce que l'idée de limite apporte à notre réflexion sur le vécu de la maladie par le sujet, il nous paraît nécessaire de rassembler l'essentiel de notre analyse de l'urgence et de la limite avant d'explorer en détail les concepts de consentement et consentement médical. En somme, quels liens établissons-nous a priori entre les concepts d'urgence et de limite, et l'idée de consentement médical ? :

C : Les concepts d'urgence et de limite : dans l'optique du consentement médical

1 : La confusion sémantique et son impact

La confusion sémantique entre l'urgence vécue par le sujet et le lieu où cette urgence est prise en compte, participe à la confusion dans le recueil du consentement (ou du refus) de soin du patient. A savoir, « la situation d'urgence » désigne tantôt le vécu, tantôt le lieu où est pris en charge ce vécu. Or toute personne se présentant dans un service d'urgence est-elle en situation d'urgence avec incapacité de formuler, comprendre, répondre à une demande de consentement ?⁷⁵

C'est loin d'être la réalité puisque dans un service d'urgence, comme j'ai pu l'observer sur mon lieu de stage en gynécologique et obstétrique, nombreuses vont être les consultations sans péril imminent⁷⁶. Vu que les authentiques urgences sont les moins courantes, même si les symptômes demandent un traitement rapide, la consultation tend à être la même qu'hors service hospitalier, hors péril imminent. L'exception stipulée par l'article 16-

74 « [...] l'idée « du sexe » permet d'esquiver ce qui fait le « pouvoir » du pouvoir ; elle permet de ne le penser que comme loi et interdit » Foucault, Michel. *La Volonté de savoir*. Folio, philosophie (2006) p 31

75 Sur ce point, mon expérience dans le service précité et les propos des patientes entendues, laissent largement entendre le contraire. Mais bien souvent la peur de ne pas être entendues ou le contrat tacite médecin-patient, les faisaient abdiquer tout libre-arbitre avant d'avoir été reçues en consultation ; Cf *annexe Rapport de stage.p*

76 Vu le nombre de Retour à domicile, ; Cf *annexe Rapport de stage.p*

3 du code civil, semble devenir la pratique usuelle d'un service hospitalier qui doit répondre à toutes les sollicitations. Ce qu'Anne-Charlotte Dancourt, à propos des consultations gynécologiques, résume ainsi : « certains gynécologues ne prennent pas la peine de demander aux femmes leur consentement lors d'opérations, il leur arrive de prendre encore plus de libertés dans le cadre des consultations. »⁷⁷. De plus, la vulnérabilité du patient étant exacerbée, par l'angoisse et l'attente dans un service d'urgence, il semble lui-même soit se délester de sa capacité à consentir en surinvestissant le soignant, soit ce qui semble le plus courant : ignorer qu'il puisse consentir ou non⁷⁸ aux soins qui lui sont promulgués.

2 : Limite et consentement

Qu'en dépit du langage courant, associer l'idée de limite à celle de consentement, n'est ni une contradiction, ni une opposition. Ce serait plutôt une redondance, une tautologie. Le consentement du sujet fait appel à son libre-arbitre, à sa capacité à dire et déterminer les limites de soi. Aussi les limites au consentement médical participent non à réduire la liberté du sujet mais à l'éprouver, ce sont les déterminations de sa liberté réelle, gravitationnelle.

Le sujet demeure une totalité, dont les déterminations ont changé certes mais pas les potentialités de s'engager, d'être responsable de ses décisions. A ce propos Jean-Paul Sartre écrivait : « [...] surgissent avec mon état nouveau [la maladie] des possibilités nouvelles : possibilités à l'égard de ma maladie (être un bon ou un mauvais malade), possibilités vis à vis de ma condition (gagner tout de même ma vie, etc.) un malade ne possède ni plus ni moins de possibilité qu'un bien portant ; il a son éventail de possibles comme l'autre et il a à décider sur sa situation, c'est-à-dire à assumer sa condition de malade pour la dépasser (vers la

⁷⁷ <https://www.lesinrocks.com/2016/08/02/actualite/actualite/gynecologues-formes-consentement/>

⁷⁸ « Toutes les participantes ont signalé une information manquante, incomplète ou orientée « donc il a pratiqué l'amniocentèse, et puis ça s'est bien passé. Il est parti sans me donner de consignes de quoi, de ce que je devais faire dans la suite de l'amniocentèse » (E15). Trois se sont vues expliquer des éléments de leur consultation en des termes médicaux trop complexes : « elle ne m'a même pas dit je suis enceinte elle m'a dit [...] c'est le nombre de BH... [...] qui était haut » (E5). Pour certaines, ces informations auraient pu les aider à mieux comprendre et à mieux vivre la situation : « il m'aurait expliqué, il m'aurait dit : j'ai besoin de ça [...], je suppose que dans certains cas y'a besoin de faire ce genre de chose » (E13). Pour d'autres leur consentement n'a pas été recherché. « Alors que de prévenir tout simplement, de dire ce qu'on va faire. C'est comme avant de faire n'importe quel toucher, on demande la permission. Là c'est la même chose avant de commencer à aller secouer un ventre et pour le coup en faisant mal. » (E1). » Marcilly, Amandine et Maury Mélissa. *Maltraitance médicale dans la pratique gynécologique et obstétricale ambulatoire et conséquences pour le suivi : point de vue des patientes*. Thèse, soutenue publiquement le 21 /09 /2018 Université de Grenoble p. 21

guérison ou vers une vie humaine de malade avec de nouveaux horizons). [...] toujours obligé de reprendre à mon compte la responsabilité de ce dont je ne suis pas responsable. ⁷⁹ »

La maladie, l'accident ne m'exonèrent pas de ma liberté. Les considérer comme extérieurs à soi seraient abandonner son être aux décisions qu'autrui prendra. Aussi pénible cela soit-il je ne suis pas la victime du monde, mais un vivant humain. Être vivant, et devenir homme, c'est devoir subsumer dans son être pour exister, toutes les déterminations venues du monde. Boris Cyrulnik (éthologue et neuropsychologue) parlerait de *résilience*, cette faculté à compenser les traumatismes en leurs donnant une signification qui sera une direction nouvelle pour le sujet, dans la mesure où la parole et l'écoute lui sont données sans jugement moral a priori.⁸⁰

Le terme : *Les limites*, dans l'expression *les limites au consentement*, désigne d'après notre réflexion, le cadre à l'intérieur duquel le sujet s'identifie, évolue et s'accomplit. Loin de désigner seulement un arbitraire externe qui conditionnerait la décision, cette expression est à lire comme créatrice de liberté. Il est probable que ce n'est pas ainsi que ce sera compris. L'expérience commune d'un soin en service d'urgence hospitalière ne fait pas écho pour le commun des mortels avec l'expérimentation du libre-arbitre.

Pourtant, dans cette situation hors de l'ordinaire, le sujet⁸¹ éprouve plus sûrement encore, qui il est. La conscience de sa finitude par l'expérience de l'angoisse le rappelle à son existence. Finitude qui ne lui retire pas a priori le pouvoir de décider. Bien que ce soit ce qui fait problème, dans la mesure où il est plus aisé de considérer la totalité des patients d'un service d'urgence comme soumis au principe d'exception formulé dans l'article 16-3 du Code civil. Toutefois, le philosophe s'insurge et le rappelle : « [...] l'homme n'est rien d'autre que son projet, il n'existe que dans la mesure où il se réalise, il n'est donc rien d'autre que l'ensemble de ses actes, rien d'autre que sa vie⁸². »

En l'occurrence, le législateur en faisant du consentement du patient une nécessité, impose au médecin de s'adresser à un sujet libre et cela exige du sujet de s'engager lui-même dans le soin, dans la prise en charge de sa guérison même dans la soudaineté de l'accident dans la mesure où il demeure conscient et communicant). Il lui rappelle sa liberté et son

79 Sartre, Jean-Paul, *Cahier pour une morale* NRF. Gallimard, (1983)

80 Cyrulnik, Boris *Un merveilleux malheur*; Odile Jacob, (1999)

81 Dans la mesure où il demeure conscient, comprenant et communiquant !

82 Sartre, Jean-Paul. *L'existentialisme est un humanisme*. Folio, essais (1996)

devoir vis à vis de lui-même. L'autonomie du sujet n'advient pas de l'extérieur, mais de son *for intern*, le patient devrait pouvoir s'en emparer (il nous faudra réfléchir comment) et le législateur lui en donne la légitimité.

C'est pourquoi, il convient de réfléchir à présent sur la forme que le droit positif donne à l'expression de la volonté du sujet. La liberté du sujet s'exprime pour le juriste dans l'acte de consentir à un contrat. Le consentement médical peut-il se réduire à l'acte de contracter ?

II Du consentement

Précédemment nous avons cherché à comprendre ce qu'étaient « les limites » et ce que désignait l'« urgence » pour borner le problème central de notre réflexion : le recueil du consentement du patient dans cette situation singulière qu'est la situation d'urgence médicale. Qu'en est-il à présent du consentement ?

A : Du concept de consentement

Dans le langage courant, le fait de donner son consentement est synonyme d'accord ou d'acceptation comme l'atteste le *Petit Larousse*. Nous trouvons également dans les adages du droit français, la locution latine : « *Solus consensus obligat*, ce qui signifie que Consentement (Le) oblige à lui seul⁸³ ». Ces significations illustrent aisément un des aspects de la liberté vécue quotidiennement.

Dans la pratique, donner son consentement, est vécu comme l'expression de la liberté conçue comme la volonté du sujet puisqu'il autorise ou accepte que quelque chose se fasse, qui lui a été proposé et puisse être exécuté, et qu'il s'oblige à respecter.

Le cas vécu le plus communément est le consentement parental à l'égard d'une permission de sortie avec des copains demandée par leur adolescent. Un contrat est passé entre parents et enfants sur les modalités de la permission accordée : heure de retour, moyen de transport, lieu de la sortie, personnes présentes, but de la sortie etc. Si les conditions ne sont pas remplies, les détenteurs du droit objectif (ici les parents) peuvent réviser les droits subjectifs (ici ceux des enfants) ou appliquer des sanctions pour rupture de contrat⁸⁴. Un exemple tout aussi courant (certainement plus juste et moins affectif) est celui de l'achat ou de la vente d'un bien, qui se concrétise par un contrat liant les co-contractants, imposant des obligations auxquelles le sujet consent ou pas.⁸⁵ Une fois le contrat accepté, le rompre pour

83 Hilaire, Jean. *Adages et maximes en droit français*, 2^e édition, Dalloz (2015) p 45

84 Remarque : cette image n'est que partiellement valide car la famille n'est pas une démocratie ! Les devoirs et obligations de tous les membres qui la composent ne sont pas identiques car ils ne jouissent pas tous de leurs pleins droits (n'étant pas majeurs), bien qu'ils jouissent tous de la même dignité.

85 Ce que le juriste nomme : contrat synallagmatique car il crée des relations réciproques entre les parties.

l'une ou l'autre des parties, devient un préjudice pour le co-contractant que la loi contraint à réparer.

C'est dans cette logique familière du Droit des obligations en Droit privé, que les citoyens expérimentent l'acte de consentir et celui d'exercer leur liberté. Ce vécu n'est pas anodin, de même que celui si banal de la consultation médicale courante qui sous-entend un contrat tacite et quasi un consentement à l'ordonnance. Dans le premier cas l'adulte agit comme tel, mais dans le second l'est-il encore ? Devant le médecin, l'adulte malade n'a-t-il pas la tentation d'être l'enfant que l'on soulage, norme cultivée par des siècles de paternalisme médical⁸⁶ ? Ou tout aussi préjudiciable, le patient ne risque-t-il pas d'envisager l'homme de l'art en prestataire de services ?

Hormis les professionnels de la question, qui s'interroge au quotidien sur l'implicite de la relation contrat-consentement et ses conséquences pour le sujet ici, le patient ? Qu'est-ce que le juriste dévoile qui échappe au quidam, en distinguant le contrat médical et le consentement médical ?

1 : Le contrat médical

Avec l'arrêt Mercier rendu en 1936, le droit stipule qu'il existe un contrat entre un médecin et ses patients. Ainsi, la responsabilité du médecin n'est pas engagée vis-à-vis d'un délit par imprudence qu'il aurait commise mais parce qu' « il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement, sinon, bien évidemment, de guérir le malade, ce qui n'a d'ailleurs jamais été allégué, du moins de lui donner des soins, non pas quelconques, ainsi que parait l'énoncer le moyen du pourvoi, mais consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ; que la violation, même involontaire, de cette obligation contractuelle, est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle[...] ⁸⁷ ».

⁸⁶ « La norme est un discours produit et diffusé de sorte qu'il est intégré, assimilé par les populations et finit par être perçu comme naturel, « normal » : il ne s'agit pas d'un pouvoir coercitif à proprement parler, mais d'un pouvoir transformateur, modulateur des comportements » écrit Coline Gineste à propos de Michel Foucault. Gineste, Coline (sous la direction de Flora Bastiani) *L'impact du sexisme sur la qualité des soins en gynécologie*, mémoire de master d'éthique du soin et recherche, Universités de Toulouse (2017)

⁸⁷ : Cour de cassation, Civ., 20 mai 1936, Mercier ; Actu Dalloz étudiant : <https://www.doc-du-juriste.com/blog/conseils-juridiques/commentaire-arret-exemple...>

On comprend explicitement qu'il ne s'agit pas de demander au médecin qu'il guérisse son patient, cela n'est pas en son pouvoir. Toutefois, il doit mettre en œuvre les moyens adéquats pour y parvenir. Par conséquent, est formulée une obligation de moyens non de résultats. En établissant cette distinction, le législateur entend montrer que le médecin n'a pas failli à ses obligations, et que le contrat est valide.

Cette notion de contrat n'est pas une évidence pour qui va consulter son médecin. Le malade n'a pas à l'esprit de passer une convention avec le praticien⁸⁸ surtout quand il s'agit du « médecin de famille ». Jolie expression dont l'esprit perdure dans certains milieux ruraux et qui a longtemps fait du médecin un membre quasi à part entière de la famille. La relation devient si confiante qu'elle rend difficilement pensable l'idée de contrat, et pour le patient, la prescription ne se discute pas. Cette relation exige un comportement des plus vertueux de la part de ce « proche » puisque la confiance une fois donnée n'est pas systématiquement lucide, et la trahison reste possible. Parfois le patient peut le vivre comme tel sans que l'intention y soit.

Il y a bien là une relation contractuelle. Le médecin s'engage à donner tous les moyens de sa guérison à son patient notamment en lui fournissant « une information loyale, claire et appropriée⁸⁹ » et en étant garant du secret médical. De son côté, le patient s'engage à fournir tous les éléments pour établir le diagnostic, et rémunère le médecin pour son travail. S'il n'y a pas de contrat signé entre les deux parties, on peut néanmoins affirmer qu'il existe tacitement : chacun attendant de l'autre une action et une reconnaissance voulues et conscientes dans une confiance mutuelle⁹⁰. Avec le médecin en libéral, c'est dans le cadre du droit privé des obligations que ce constitue le contrat, le patient demeurant client (même s'il l'oublie) du médecin, alors qu'en service hospitalier, le patient bénéficie des droits des usagers du service public. Il n'est pas certain, à mon sens, que les patients aient tous conscience de la nuance...

88 D'ailleurs Serge Braudo précise que les mots "contrat" et "convention", désignent la même action, et qu'ils sont utilisés indifféremment, alors qu'« En fait "contrat" désigne plutôt le document et "convention" désigne plutôt le contenu du contrat, c'est à dire, ce à quoi les signataires se sont engagés » Serge Braudo, Conseiller honoraire à la Cour d'appel de Versailles, <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/contrat.php>

89 Conseil national de l'ordre des médecins : Information Du Patient Dans La Loi Du 4 Mars 2002 Acces Aux Informations De Sante, 18 août 2003
MAJ – oct. 2005 – fév. 2007 – oct. 2008, p 2, <https://www.conseilnational.medecin.fr>

90 Ne pas oublier cependant, que les responsabilités ne sont pas identiques. De fait le contrat médical est déséquilibré puisque l'un doit s'abandonner en confiance aux compétences qui lui sont nécessaires de l'autre.

Romain Porcher doctorant en Droit et santé, s'interroge sur la pertinence de ce contrat médical qui relèverait seulement d'un droit des obligations et non des droits fondamentaux de la personne. Puisque « S'il existe un contrat médical, le consentement doit alors présenter les caractéristiques classiques exigées par le droit des obligations. En ce sens, il suffirait pour le patient de donner un consentement certain, libre et éclairé pour que la relation médicale rayonne d'un contrat parfait et non vicié.⁹¹ ». Seulement, être malade ou en situation d'urgence augmente la vulnérabilité du sujet. Être libre suppose que nous jouissions de notre pleine conscience, de toutes nos facultés, de notre capacité à choisir de façon critique et objective...En suis-je encore capable quand la douleur ou l'angoisse m'étreint ? Dans ces situations, n'est-ce pas la confiance contrainte en un autre être humain qui pallie mes déficiences ? Comment penser ce vécu en termes de contrat ?

Pour ce chercheur, s'appuyant sur les écrits du doyen Carbonnier⁹², il existe de nombreuses « relations « consenties » sans contrat » telles que « la promesse entre amis ; [...] l'entraide entre voisins, l'acceptation d'une invitation. [Ou] L'accord donné à une relation sexuelle [...] »⁹³ ». La question est alors de savoir si le contrat médical est un authentique contrat incluant un consentement bilatéral destiné « à créer des effets de droit, et [...] des obligations⁹⁴ » engageant les contractants ou si le patient « peut se positionner comme il le souhaite « en et en dehors d'un supposé contrat⁹⁵ ».

En définitive, le contrat médical engage le médecin (une fois qu'il a consenti, hors la clause de conscience⁹⁶) vis à vis de son patient, alors que ce dernier peut retirer son consentement à tout moment dans la mesure où il a pu le formuler. Dans le cas contraire, et en cas de péril imminent, le législateur « dispense le médecin de recueillir le consentement du

91 Porcher, Romain, « Le consentement en droit médical » revue : Médecine&Droit (2019) - droit civil-protection de la personne, www.sciencedirect.com p 2

92 « J. Carbonnier, Flexible droit, LGDJ, 10^e ed. 2001, p 36 » cité par Porcher, Romain, op. Cit., p5

93 Porcher, Romain, op ; Cit., p 5

94 Comme c'est le cas en droit privé, où le contrat est le fondement de la propriété et « le mode par excellence de régulation des rapports entre les hommes » Porcher, Romain, op ; Cit., p 4

95 Porcher, Romain, op ; Cit., p 6

96 Dr Jean-Marie FAROUDJA : « Sauf urgence vitale, le médecin n'est pas tenu de pratiquer l'acte demandé ou nécessité par des conditions particulières. Mais, conformément aux dispositions du code de déontologie médicale (art. 47, R.4127-47 du code de la santé publique*), **s'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir clairement le patient, dès la première consultation, et lui donner tous moyens et conseils pour qu'il puisse obtenir une prise en charge adaptée.** De plus, le médecin doit s'assurer que sa décision ne contrevient pas aux dispositions de l'article 7 du code de déontologie médicale : « Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances... » L'invocation de la clause de conscience ne doit pas pouvoir être interprétée comme une supposée discrimination. » Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins du 16 décembre 2011://www.conseilnational.medecin.fr

patient, [...mais] n'autorise en principe, que le minimum de dérogation à la règle normalement applicable et le minimum d'atteinte aux droits et aux pouvoirs d'autrui compatibles avec le résultat recherché⁹⁷. » Le droit vise à protéger la liberté des sujets quelle que soit la situation et qu'elle qu'en soit la forme en sorte que le sujet ne soit pas réifié⁹⁸.

Toutefois, bien que le consentement contractuel soit requis cela signifie-t-il que le sujet est libre quand le droit français « recherche avec constance la protection des individus parfois contre eux-mêmes⁹⁹ » ? De plus le consentement, est-il pour autant l'expression pleine et entière de l'autonomie du sujet et le seul respect qui lui soit dû ? Le consentement n'est-il pas la condition nécessaire¹⁰⁰ mais non suffisante au respect de la dignité d'autrui ?

2 : Le consentement médical

Depuis le 28 janvier 1942, l'arrêt Teyssier rendu par la chambre des requêtes de la Cour de Cassation « proclame que le respect de la personne humaine impose au praticien, avant de réaliser une opération sur son patient, d'obtenir son consentement éclairé par l'information et qu'en violant cette obligation, il commet une atteinte grave aux droits du malade et manque à ses devoirs médicaux¹⁰¹ ». Pour Pierre Sargos, Président de la chambre honoraire à la Cour de cassation, cet arrêt associé à l'arrêt Mercier sont au fondement de l'éthique médicale. (Éthique, qui associée aux recommandations de bonnes pratiques¹⁰² se verra renforcée au fil du temps par les avancées du droit de la bioéthique).

97 Philippe Catherine, Jacques-Jouvenot Dominique, Desmettre Thibaut, Guinchart Christian, Chopard-dit-Jean Adrien, (avec la coll. scientifique) Binet Jean-René, *Approche multidisciplinaire de la vulnérabilité dans le contexte de l'urgence médicale*, juin 2011. Revue générale de droit médical n°39 p 177

98 □ Kant le formule comme un impératif catégorique auquel le sujet doit obéir : « Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta propre personne que dans la personne de tout autre toujours en même temps comme une fin, et jamais simplement comme un moyen. » Il pose ainsi de façon théorique et pratique les fondements de la dignité humaine. *Fondements de la Métaphysique des mœurs*. Trad. Victor Delbos ; Delagrave, (1987) p 150

99 Champlong, Ludivine. *Urgence et consentement en matière médicale*, 2012. Revue Droit et Santé n°49, p. 598

100 en tant que signe et volonté de la médecine de rendre le patient partenaire de la relation.

101 Pierre Sargos, Président de chambre honoraire à la Cour de cassation, Recueil Dalloz 2010 p. 1522 <https://actu.dalloz-etudiant.fr/fileadmin/actualites/pdfs/JANVIER2012>

102 « Si l'on se réfère à la définition de la Haute autorité de santé (HAS), agence chargée de les produire et de les diffuser, les RBP sont « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». L'objectif affiché par les promoteurs est « d'informer les professionnels de santé et les patients et usagers du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises de la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins » Rolland Christine, Sicot François, « Les recommandations de bonne pratique en santé. Du savoir médical au pouvoir néo-managérial », Gouvernement et action publique, 2012/3 (n° 3), p. 53-75. DOI : 10.3917/gap.123.0053. URL : <https://www.cairn.info/revue-gouvernement-et-action-publique-2012-3-page-53.htm>

En revanche dans son essai : *Petit traité de dignité*, le philosophe Éric Fiat ironise « Il y consent ? c'est trop peu dire : il y a dans le consentement une manière [...] de se résoudre à ce qu'on n'eût pas spontanément approuvé, une sorte de « faute de mieux » » et l'auteur précise : « Consentir, ce n'est pas assentir : il y a dans l'assentiment un engagement plus plein que dans le simple consentement. ¹⁰³ » Pourtant, nous voyions précédemment que dans cet acte de consentir se nichait notre liberté. Le consentement ne serait-il qu'une liberté partielle, amoindrie ? Ou pour être plus juste, devrions nous voir dans l'assentiment une liberté naturelle, première, et dans le consentement une liberté juridique ou positive, donc seconde ?

a) *Le consentement plutôt que l'assentiment*

Comme le mentionne « le Lalande ¹⁰⁴ », l'assentiment est un « acte de l'esprit qui adhère à une proposition, ou [l'] état qui résulte de cet acte ». Nous ne lisons aucune réserve du sujet dans cette définition de l'assentiment. Assentir c'est alors accepter en totalité ce à quoi nous donnons notre approbation. Cela suppose qu'il y ait une connaissance lucide et un esprit éclairé à l'origine de cet acte libre que nous posons. Nous n'entendons pas dans cette définition, que les conditions extérieures déterminent cette adhésion.

Nous pourrions penser, que s'agissant de notre corps, de notre santé, de ce qui est le plus précieux : notre vie, le législateur nous assure le cadre juridique nécessaire à *la donation* ¹⁰⁵ de notre « assentiment médical ». Puisque l'intégrité de la personne humaine ¹⁰⁶, et l'autonomie du sujet (la capacité à choisir et user de raison) sont des principes fondamentaux du droit français, pourquoi ne pas avoir établi l'assentiment médical à la place du consentement médical ?

103 Fiat, Éric. *Petit traité de dignité*. Grands et misères des hommes. Larousse (2012) p 178

104 Lalande, André. *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, PUF, (1985) p 83

105 J'emploie ce terme de *donation* : **pour insister sur la part active (moindre mais cependant présente) du sujet** dans l'acte de consentir. À mon sens, l'expression « recueil du consentement » redouble la passivité du patient (dont c'est l'essence : passivité et patience), puisque c'est le soignant qui recueille l'avis. Le terme « *donation* » existe mais il désigne un acte juridique dans une démarche d'héritage d'un patrimoine.

106 La primauté de la personne humaine affirmée par l'article 16 du Code civil implique la protection de l'intégrité physique de la personne mais également celle de son intégrité morale, laquelle s'accomplit par la reconnaissance des droits de la personnalité. <https://fiches.dallozetudiant.fr...> Et article 3 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne.

Il faut savoir qu'en un sens ancien, le consentement était le fait d'assentir à une assertion¹⁰⁷, ce qui confondait les deux termes en une seule signification, qui parfois perdure dans certains écrits. C'est ainsi qu'on peut encore lire dans le rapport de 2007 de la Cour de cassation : « Si l'intérêt du malade ou des tiers l'emporte sur la nécessité de son assentiment [...] ¹⁰⁸ » Or, l'emploi du terme assentir, ne change pas l'esprit du texte qui pour protéger l'intégrité de la personne tend à passer outre, dans certaines situations exceptionnelles, au recueil de l'avis de l'intéressé.

C'est pourquoi, cette ambiguïté d'usage du vocabulaire, peut induire en erreur le patient qui peut se penser dans la liberté de tout décider concernant sa personne (qui connaît le principe d'extra-patrimonialité¹⁰⁹ du corps humain en-dehors des juristes ?), excepté qu'il n'a la liberté que de consentir ou de refuser. A savoir que, selon *le Lalande* le consentement est un « acte de volonté par lequel on décide ou même on déclare expressément qu'on ne s'oppose pas à une action déterminée dont l'initiative est prise par autrui [...] Ce dernier sens est le seul qui soit usité dans la langue contemporaine. Consentement est plus faible qu'approbation. « Consentir » marque, dans l'ordre de la pensée comme dans celui de l'action, une nuance de réserve, ou du moins une tendance primitive à refuser. ¹¹⁰ » Cette dernière nuance est fort intéressante pour le patient, mais comme déjà signalée, rarement mise en avant. Comme le confirme C. Pacific, « [dans le fait de consentir...] il y a l'accord du sujet de *laisser faire* autrui, de lui accorder son aval dans une forme de prise de pouvoir sur le sujet lui-même ; le laisser faire en partageant la responsabilité de l'acte. Dans consentir il manquerait donc le début de l'intention. ¹¹¹ » Effectivement, si le patient s'en remet aux décisions sans comprendre les enjeux, il partage la responsabilité finale du consentement, tout en s'en remettant à une intention qu'il espère bonne pour lui de la part du soignant comme l'assure le serment d'Hippocrate.

Pour éviter ce manquement important à l'autonomie du sujet, le législateur a pris la précaution de préciser que le consentement devait être libre et éclairé et que l'information

107 Malebranche, *Recherche de la Vérité*, livre I, ch. II, § 4, cité par Lalande, André. *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, PUF, (1985) p 177

108Chp : Les relations entre les personnes malades et usagers du système de santé et les professionnels. Cour de cassation : www.courdecassation.fr

109 « Le corps étant la personne humaine, il ne peut être appropriable par autrui, et pourrait l'être par soi sous réserve du principe de dignité (ce qui entraîne nombre de limites, notamment le non -patrimonialité) [...] afin d'écartier toute exploitation du corps humain [...] » Bioy, Xavier ; Bioéthique et libertés, cours du SED 2018-2019, Université de Toulouse-Jean Jaurès, p 17

110 Lalande, André. *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, PUF, (1985) p 177

111 Pacific, Christophe. *Ethique du dissensus. La complétude du deux au service du soin*. Thèse (2008) p 52

donnée devait donc être loyale, claire et comprise. Mais face à la complexité de la proposition médicale, la difficulté de son appropriation par le patient grève quelques fois son autonomie à la décision. S'il venait à connaître tout cela, le patient en souffrance serait-il toujours en mesure de s'en servir de façon critique pour lui-même ? Le consentement « administratif » se présente comme palliatif à l'ignorance du patient.

L'autre risque qu'énonce R. Porcher, est que par « péché d'humanisme », « en voulant soigner le patient avant tout » certains professionnels trient les informations à porter à la connaissance du patient pour éviter un refus « afin d'orienter son choix vers un désir logique de traitement et de guérison ¹¹² ». Cette attitude à l'heure d'internet, et des réseaux sociaux, malgré la « bonne intention » de départ, conduit à mon avis à instaurer la défiance dans la relation de soin. Cette dernière étant par nature asymétrique, l'un possédant l'art et la science, l'autre n'ayant ni l'un ni l'autre, doit compenser ce déséquilibre par le partage au moins du savoir théorique pour assurer la confiance d'un patient devenu sceptique. Confiance qui devrait fondée comme principe *a priori* toute relation médicale. Se rendre compte par soi-même que tout n'a pas été dit, ou que cela ne correspond pas aux renseignements recueillis par ailleurs, ne favorise pas le partenariat dans le traitement ou le soin, me semble-t-il. Cependant à l'heure de l'information accessible au plus grand nombre, la désinformation fleurit aussi (comme le montre la recrudescence des cas de rougeole en France due à la défiance de la population vis-à-vis de la vaccination¹¹³.)

Par conséquent pour assurer cette confiance indispensable à l'acceptation d'un diagnostic, à la mise en place et au suivi d'un traitement et surtout à la réalisation d'un acte chirurgical, le législateur insiste sur la nécessité du recueil du consentement ou du refus du soin envisagé. Pour s'assurer que le patient est « en mesure d'apprécier la portée de sa décision ¹¹⁴ », établir le consentement par écrit peut le formaliser. « Notons cependant qu'un excès de formalité en la matière serait susceptible d'altérer le sentiment de confiance s'imposant dans la relation médicale ¹¹⁵ ». Beaucoup de finesse et de subtilités dans la connaissance et la gestion des comportements humains vont être des qualités inestimables

112 Porcher, Romain, op ; Cit., p 7

113 Article de santé publique France de mars 2018 : <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Augmentation-du-nombre-de-cas-de...>

114 Archer, Frédéric. Le consentement en droit pénal de la vie humaine. L'Harmattan, Sciences criminelles (2003) p 309-310

115 Archer, Frédéric. *Op. Cit.* p 309-310

chez le professionnel de santé pour ne pas réduire le consentement à une formalité juridique protégeant l'homme de l'art d'éventuelles poursuites.

Par conséquent et en vertu de tout ce que nous venons de développer, l'autonomie du sujet dans le contrat médical se confirme dans le consentement (comme un non-refus) à une proposition, plutôt qu'à un assentiment (une pleine approbation) né de son *for intern*. Toute la réussite d'une démarche de consentement, se trouve alors condensée dans la capacité de compréhension du sujet du point de vue du droit positif. N'y a-t-il pas une nuance à apporter ?

b) Les consentements plutôt que le consentement

En formulant que : « La notion de consentement en droit français et notamment dans le domaine de la santé suppose une double compétence, celle de *pouvoir comprendre*¹¹⁶ et celle de *se déterminer librement*¹¹⁷ », le rapport de la Cour de cassation, met en pleine lumière la limite au consentement médical comme provenant originairement du sujet.

La limite à-dépasser-à-atteindre au sens où nous l'avons exposée, se confirme non comme privation de liberté mais possibilité de celle-ci, si l'on comprend qu'elle s'adresse aux deux protagonistes du soin : le médecin et le patient.

Le droit avec la loi du 4 mars 2002 borne l'espace à l'intérieur duquel le patient peut décider et choisir. Il n'y a plus là problème de délimitation, encadrement au consentement médical. On connaît les bornes juridiques et le contexte à l'intérieur duquel le consentement peut s'exprimer.

I : Pouvoir comprendre

C'est dans l'expression : « *pouvoir comprendre* » : qu'une première limite au consentement médical apparaît. Si précédemment nous avons montré que l'insuffisance de connaissance de la part du malade, influençait largement la capacité de décision, ici, le *pouvoir comprendre* implique autant les limites des deux sujets en présence. Le soignant et le

116 Souligné par nous

117 Souligné par nous

patient doivent tous deux faire preuve de capacité d'analyse rationnelle, d'une pratique commune de la langue, d'une lexicalité commune, mais aussi d'une indexicalité¹¹⁸ élucidée.

Cela implique tout à la fois des compétences pédagogiques et didactiques de la part du soignant, incluant une grande disponibilité d'esprit, des capacités d'adaptation et d'humanité, le tout dans le respect de la dignité et l'empathie pour la vulnérabilité d'autrui. De la part du patient cela exige d'entendre le soignant comme un partenaire savant et non comme un supérieur hiérarchique intimidant mais cela exige aussi qu'il s'approprie ce champ de référence qu'il maîtrise rarement.

Lorsque le patient est atteint d'une maladie chronique, ou d'une pathologie qui s'installe sur un temps suffisamment long, on le voit devenir expert en sa pathologie. Il s'approprie ce champ du savoir que les soignants lui ont donné, qu'il approfondit lui-même et qu'il expérimente. Ce patient-expert bénéficie du temps et du recul nécessaire à un consentement libre et éclairé alors que celui qui est en situation d'urgence en est privé. En situation de péril imminent, tout s'accélère alors qu'être en attente dans un service d'urgence hospitalière, donne le temps de penser. La deuxième limite au *pouvoir comprendre* est cette inadéquation entre le temps de l'information donnée, l'information reçue et l'information perçue et assimilée. Ces temps vécus ne sont pas simultanés.

Dès lors qu'il y a urgence vitale tous ces temps se percutent dans « la catastrophe » pour le sujet. Le sujet, peut-il en situation de péril imminent faire autrement que de confier son humanité et sa vie aux soignants qui l'ont pris en charge ?

2 *Se déterminer librement*

Partant un troisième obstacle surgit au recueil du consentement : *se déterminer librement*. Pour se déterminer, le patient doit jouir de toute sa conscience, et de tous ses moyens d'analyse de l'information. Il doit choisir après avoir compris. Le choix implique qu'une possibilité est délaissée au profit de l'autre jugée préférable. Pour le sujet, c'est clore un possible. Suivant la décision à prendre, on comprend qu'il est des choix sans retour possible : l'amputation d'un membre, le retrait d'un organe, voire la sédation profonde. C'est le deuil de

118 Philippe Catherine, Jacques-Jouvenot Dominique, Desmettre Thibaut, Guinchard Christian, Chopard-dit-Jean Adrien, (avec la coll. scientifique) Binet Jean-René, *Approche multidisciplinaire de la vulnérabilité dans le contexte de l'urgence médicale*, juin 2011. Revue générale de droit médical n°39 p172

soi, d'un certain soi, pour lequel le sujet est amené à consentir. Comment choisir ? Cette décision va dépendre de la qualité de l'information. Elle est capitale.

Capitale au point que le Conseil d'Etat reconnaît depuis 2010 « deux préjudices au titre du défaut d'information : -La perte de chance : ne pas avoir pu se soustraire des conséquences dommageables d'un traitement, faute d'information ; et -le préjudice d'impréparation : ne pas avoir pu se préparer à l'éventualité des conséquences dommageables, faute d'information.

En consacrant ces deux préjudices, « le Conseil d'Etat interdit de laisser sans réparation le préjudice né d'un défaut d'information, entérinant le passage à une responsabilité délictuelle ¹¹⁹ ». L'importance de l'information est actée aujourd'hui par le législateur comme portant atteinte à l'intégrité de la personne plus que par un défaut de contrat. C'est sur cette réalité que conclut R. Porcher : « [...] c'est surtout sur l'obligation d'information nécessaire au recueil d'un consentement libre et éclairé que se passe la « décontractualisation » de la responsabilité du médecin » alors que « l'obligation de donner des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science est toujours regardée de manière contractuelle par la jurisprudence ¹²⁰ » De fait, il ne semble plus y avoir là de différence entre la responsabilité du médecin en libéral et celle de celui en service hospitalier. Tous deux sont les garants de la véracité de l'information donnée. Néanmoins, peut-on faire abstraction du climat de confiance dans lequel le patient reçoit l'information, pour qu'il soit à même de l'assimiler ?

Nous voyons que cette décision ne va pas dépendre seulement de la capacité d'autonomie du sujet mais aussi de sa capacité de *konomie*.¹²¹ Cette capacité à s'inscrire dans un monde en interrelations et interdépendances permanentes qui façonnent notre subjectivité, et qui participent au choix que nous faisons pour nous-mêmes. *Décider librement* n'est pas décider isolément pour soi seul. Ceci est d'autant plus ressenti, que le patient n'est pas en

119 Almont, Thierry ; Santé sexuelle des patients atteints de cancer, de l'annonce à l'après cancer : information, disparités et besoins non satisfaits. Thèse, (2018) chap. : I : 3) information sur l'oncosexualité p 62

120 Porcher, Romain, « Le consentement en droit médical » revue : Médecine&Droit (2019) - droit civil-protection de la personne, p 11 www.sciencedirect.com

121 « [...] l'homme doit accepter ne pas se considérer seulement au singulier mais assumer sa singularité riche de ses alliances à retisser quotidiennement, c'est à dire assumer sereinement son interdépendance avec ceux qu'il côtoie dans une société donnée. Être homme, c'est assumer son Je-suis comme un Je-suis-parce que-en-relation. La loi que le Je pourra dire n'est ni autonomie kantienne ni autodétermination utilitariste, mais bien une loi qui ne peut se dire et se vivre que par, avec et grâce à autrui(s), concept que nous appelons principe de *konomie*. De Broca, Alain. Le principe Développement Thèse de doctorat en Philosophie (2008) Paris Est. Sous la direction de Dominique Folscheid

capacité de dire sa volonté et qu'en l'absence de directives anticipées, seule la personne de confiance pourra faire entendre sa voix pour lui¹²².

Si bien que le rapport de la Cour de cassation conclut que : « Dans le domaine de la santé, le consentement est tantôt l'aboutissement d'un échange ayant son origine dans le besoin de guérison, tantôt l'autorisation donnée par ce dernier au praticien d'accomplir un acte qui n'est pas dans le seul intérêt de la personne¹²³. » Ce qui signifie que dans le consentement, il y a deux actes à consentir :

Le premier est la synthèse de tout ce que nous venons de développer à propos de *pouvoir comprendre et décider librement*. Le second est un consentement au soin lui-même.

3 Consentir au soin

Le consentement a être touché, examiné, palpé par un inconnu. Consentement qui vise à protéger le patient d'une intrusion vécue comme abusive, comme violence faite à son intégrité. Consentement qui vise à protéger le praticien d'être vécu comme abuseur, ou pire comme violeur en imposant « une pénétration non-consentie ».

Expression qui peut paraître excessive à première vue mais qu'Israël Nisand, président du Collège national des gynécologues et obstétriciens français, n'a pas hésité à employer lors de sa conférence à Toulouse en¹²⁴ janvier 2019. Il montrait par-là qu'un praticien en gynécologie ou obstétrique, qui se contente de l'accord tacite d'une patiente qui vient consulter, n'est pas à l'abri de réveiller des traumatismes et des terreurs, s'il ne prend pas la peine de demander la permission à sa patiente de toucher son corps.¹²⁵

Cette probabilité me semble tout aussi vraie quand il s'agit d'une échographie pelvienne par un radiologue, d'une coloscopie par un gastro-entérologue... bref tout examen médical impliquant de mettre à nu le patient, et de s'immiscer dans l'intimité de son corps. Demander explicitement la permission au patient avant de le toucher, ne diminue pas le pouvoir du médecin à mon sens.

122 Sur ce point l'actualité médiatique et juridique, illustrent suffisamment notre propos avec la vie de Vincent Lambert. *Vincent Lambert, le chagrin et la honte* Par Véronique Fournier, cardiologue, présidente du Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie - Libération
<https://www.liberation.fr/debats/2019/05/23/vincent-lambert-le-chagrin-et-la-honte>

123 Chap : Les relations entre les personnes malades et usagers du système de santé et les professionnels. Cour de cassation : www.courdecassation.fr

124 Conférence du 11.01.2019 à l'hôpital Pierre Paul Riquet de Purpan, sur les « violences gynécologiques et obstétricales » par Israël Nisand

125 Cela met aussi en lumière la confusion des propos et des domaines auxquels ils s'appliquent. On voit là l'importance de la lexicalité, et surtout de l'indexicalité qui complète la signification de la parole par le regard, et le contexte.

Au contraire, il me semble que cela renforce l'estime et la confiance du patient pour son soignant. Ce soignant qui respecte cette chair qui n'est pas corps parmi les corps, mais ma seule façon d'être au monde. Cette chair qui dit l'être.¹²⁶

Le consentement médical englobe le consentement au soin et les deux ne sont ni une simple formalité administrative, ni seulement un énoncé. Toutes les dimensions humaines sont convoquées dans l'exercice du recueil du consentement (ou du refus). Cette discussion, ce colloque singulier¹²⁷ commande une éthique celle de la discussion. Discussion qui implique une éthique de la responsabilité. Ce dialogue ne peut ni ne devrait se réduire à n'être que l'exposition d'une éthique de conviction.¹²⁸

126 Sur ce sujet : Ricoeur, Paul. *Soi-même comme un autre* Points. Editions du Seuil (1990) p369-380

127 Le « colloque singulier » désigne en médecine le dialogue qui fonde la relation médecin-patient, et qui soutient une large part de la pratique médicale en protégeant en particulier le secret médical.

128« Le partisan de l'éthique de conviction ne se sentira « responsable » que de la nécessité de veiller sur la flamme de la pure doctrine afin qu'elle ne s'éteigne pas [...il] ne peut supporter l'irrationalité éthique du monde » s'oppose à « [...] l'attitude d'un homme mûr - qu'il soit jeune ou vieux- qui se sent réellement et de toute son âme responsable des conséquences de ses actes et qui , pratiquant l'éthique de responsabilité, en vient à un certain moment à déclarer : « Je ne puis faire autrement. Je m'arrête là ! » Une telle attitude est authentiquement humaine [...]. » Weber, Max. *Le savant et le politique*, Trad. Julien Freund. Bibliothèques 10/18, Plon (1959) pp207-209-219

B : Ce qu'implique le consentement

C'est ainsi que le consentement s'inscrit dans un authentique dialogue entre le soignant et le patient. Cette discussion, ce dialogue¹²⁹ véritable élucide le doute nécessaire, met en présence les contradictions, et permet d'établir *la* relation. Prendre le temps du dialogue, c'est éviter, selon moi, de perdre un temps qui peut se révéler précieux dans la guérison ou la prise en charge. De plus, comme personne n'est assez fort pour prendre en charge toute sa vulnérabilité et toute la vulnérabilité d'autrui, la partager dans la parole et le regard n'est-ce pas le moyen d'y faire face ? « Personne ne peut affirmer son intégrité pour lui tout seul. ¹³⁰ » conclut Jürgen Habermas. Qui mieux que le soignant est en devoir pour lui et autrui de la mise au jour de cette dignité ?

1 : La dignité de la personne

Rendre effective la dignité de la personne humaine par la prise en compte de sa parole n'aurait aucun sens dans une société qui ne donnerait pas les moyens de punir ou de contraindre celui qui y contreviendrait. Sans la légitimité du droit, et la force qui contraint, la dignité de toute personne humaine serait réduite à une pétition de principe ou soumise à des fins utilitaires. Bien que le cadre de la loi ne coïncide pas toujours avec des attentes sociétales, ne soit pas parfait en son expression et en sa mise en application, espérer faire respecter la dignité de tout humain sans lui est pure utopie.

C'est pourquoi, il nous paraît indispensable avant d'examiner la dimension éthique et philosophique du concept de dignité de la personne dans l'espace de la médecine, de connaître les impératifs du droit positif.

129 Dia-logos : dia en grec signifie deux, et logos désigne à la fois la raison, l'étude, la logique et le discours. Le dialogue se comprend comme une discussion qui engage deux interlocuteurs dans la recherche de la vérité, par l'usage de tous les moyens que la raison permet dans l'ordre du discours (critique, doute, contradiction...). Les dialogues platoniciens sont l'expression de cette démarche propre à la philosophie. Le médecin à l'instar du philosophe, se fait ce chercheur de vérité qui doit éveiller la conscience mais qui ne sait pas à l'avance ce qu'elle sera. La vérité sera la conclusion du débat, et elle peut être aporétique, consensuelle, dissensuelle. Il serait souhaitable que les formations actuelles tant au lycée que dans l'enseignement supérieur fasse de la philosophie un préalable indispensable à l'enseignement médical et soignant qui comprenne toute la richesse de ce dialogue.

130 □ Habermas, Jürgen. *De l'éthique de la discussion*. Trad. Mark Hunyadi. Champs, Flammarion (1999) p 196

a) *Pas sans le législateur*

Reprenant à son compte deux citations de C. Byk et B.Mathieu, Romain Porcher conclut son étude à propos de la dé-contractualisation de la responsabilité du médecin par ces mots : « Si « le consentement n'est pas une modalité procédurale, mais bel et bien,[...] une règle consubstantielle du principe fondamental d'inviolabilité du corps humain[...] », il est véritablement une « garantie procédurale qui oblige le médecin à respecter un droit fondamental de la personne, celui qui traduit le vieil adage *noli me tangere* - ne me touche pas- » bien loin alors de toute logique contractuelle. ¹³¹ »

Dans cette direction, le législateur et ce depuis le procès de Nuremberg, a rendu formel ce qui était sous-entendu dans la loi, à savoir que la dignité de l'être humain fonde tous les principes régulateurs de la société. En subsumant dans le consentement du sujet, la nécessité du contrat médical, le légiste en montre la primauté. Se faisant, le statut de la dignité de la personne « en droit[positif] montre que son rôle est bien plus fondamental et en réalité structurel »¹³² que subjectif.

En 1994, en instituant l'article 16 du Code civil, le législateur affirme que « La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de la vie. ». Cette affirmation de la loi dite de bioéthique permet de lutter : contre les risques de barbarie et de déshumanisation liés à l'évolution des technosciences et de la mondialisation de l'économie, et contre une limite à un droit illimité à disposer de soi-même. C'est ce qu'illustre l'avis 129 du CCNE du maintien de l'interdiction de la gestation pour autrui, dans le cadre de la révision des lois de bioéthique ¹³³. Dans cet avis nous lisons à la fois la limite aux premiers risques et au second risque évoqués.

131 C. Byk « Urgence et thérapie : rigueur et évolution du droit », *RGDM*, 1999, n°3 p.6 et B. Mathieu *La Bioéthique*, Dalloz, 2009, p. 52 ; M. Girer, « La qualification juridique du consentement aux soins : accord contractuel, droit fondamental de la personne ? » in AFDS (dir.), *Consentement et santé*, Paris, Dalloz, coll. Thèmes et commentaires, 2014, p.55 cités par : Porcher, Romain, « Le consentement en droit médical » revue : *Médecine&Droit* (2019) p 11

132 Fabre-Magnan Muriel, « La dignité en Droit : un axiome », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, 2007/1 (Volume 58), p. 1-30. DOI : 10.3917/riej.058.0001. URL : <https://www.cairn.info/revue-interdisciplinaire-d-etudes-juridiques-2007-1-page-1>

133 « En définitive, le CCNE reste attaché aux principes qui justifient la prohibition de la GPA, principes invoqués par le législateur : respect de la personne humaine, refus de l'exploitation de la femme, refus de la réification de l'enfant, indisponibilité du corps humain et de la personne humaine. Estimant qu'il ne peut donc y avoir de GPA éthique, le CCNE souhaite le maintien et le renforcement de sa prohibition, quelles que soient les motivations, médicales ou sociétales, des demandeurs. Le CCNE est ainsi favorable à l'élaboration d'une convention internationale pour l'interdiction de la GPA et recommandait, dans l'avis 126, l'engagement de négociations internationales, multilatérales dans ce cadre »: Avis n° 129 du 25 /09 /2018 Comité Consultatif National d'Éthique : <https://www.ccne-ethique.fr/>.

Si le principe de la dignité humaine dérange encore c'est qu'il peut être vu comme limitant la liberté individuelle. Or si les limites internes du sujet sont posées, si les principes kantien de la morale sont acquis par tous les sujets et actés, il n'y a nul besoin de formaliser un droit positif. L'Histoire nous a malheureusement appris qu' « ils n'étaient pas tous fous, ces médecins de l'horreur [tel Joseph Mengele et autres « médecins » nazis], et pas tous incompétents ¹³⁴ ».

D'où réaffirmer que la dignité en Droit est un axiome indémontrable, indérogeable et indicible doit interdire toute remise en question du principe de la dignité humaine¹³⁵.

En tant qu'axiome, ce principe s'impose comme « une proposition évidente de soi, échappant à toute démonstration ¹³⁶ ». En géométrie par exemple, dans l'axiomatique d'Euclide, deux droites parallèles ne se coupent jamais : Ceci est indémontrable mais permet les calculs géométriques sur une surface plane, et ils sont efficaces sur le plan terrestre. En changeant de niveau de réalité, il faut changer de cadre et de principes : donc dans un univers courbe par exemple l'espace, l'axiomatique d'Euclide est inopérante, là ce sont les axiomes de Riemann et Lobatchevski qui seront opérants puisque se situant dans un plan courbe.

Le raisonnement est le même en Droit : les axiomes fondent les valeurs d'une société. Remettre en cause les axiomes fondateurs, c'est changer de société ; les réaffirmer et les expliciter révèle leur nécessité, mais aussi leur fragilité. On ne peut en fournir la preuve, c'est l'essence même d'un axiome. Ils ne résistent aux désirs humains que par l'effort de la raison, de l'humanisme, et « de la bonne volonté ¹³⁷ » (au sens kantien).

Que le principe de la dignité de l'humain soit indérogeable cela signifie que l'on ne peut y renoncer ni pour soi, ni pour autrui, et qu'en plus c'est « une charge dont on ne peut ni être dispensé, ni se dispenser, une dignité qui, comme en son sens premier, ne meurt

134 Cymes, Michel. Hippocrate aux enfers, Les médecins des camps de la mort. Le livre de poche, Stock (2015) p. 14

135 D'après Fabre-Magnan Muriel, *Op. Cit.* -page-1

136 Fabre-Magnan Muriel, *Op. Cit.* -page-1

137 « Ce qui fait que la bonne volonté est telle, ce ne sont pas ses œuvres ou ses succès, ce n'est pas son aptitude à atteindre tel ou tel but proposé, c'est seulement le vouloir ; c'est-à-dire que c'est en soi qu'elle est bonne ; et, considérée en elle-même, elle doit sans comparaison être estimée bien supérieure à tout ce qui pourrait être accompli par elle uniquement en faveur de quelque inclination et même, si l'on veut, de la somme de toutes les inclinations. » Kant, Emmanuel. *Fondements de la Métaphysique des mœurs*. Trad. Victor Delbos ; Delagrave, (1987). p.89

jamais ¹³⁸ ». Seulement quelques situations exceptionnelles ou d'urgence permettent que l'on y déroge partiellement. Nous approfondirons cet aspect du problème ultérieurement.

Que le principe de la dignité humaine soit indicible cela implique qu'il ne peut dire ce qu'il est puisque ce n'est pas un déterminisme biologique, et qu'il demeure une transcendance en l'homme irréductible à des définitions. Cependant la difficulté de définir l'essence de la dignité est problématique pour le juridique, cela met en lumière sa dépendance relative à l'époque et à la société. Néanmoins ce principe de dignité « sert à énoncer comment il faut traiter les êtres humains et comment il ne faut pas les traiter ¹³⁹ ». Sur ce point est confirmé l'interdit de la réification, et l'obligation que « soient assurés *les besoins vitaux de la personne humaine* ¹⁴⁰ ». Si l'on ne peut définir l'essence de la dignité humaine en théorie, on peut néanmoins juger en pratique l'acte qui la nie. Il s'agit toujours d'un jugement rationnel et objectif, fondé et critique. Il ne s'agit pas d'une opinion subjective, fondée empiriquement par l'habitude.

Depuis 1946, toutes les dispositions législatrices ¹⁴¹ nous confortent dans l'idée que la dignité humaine est fondement du droit positif malgré la difficulté « de le transformer en concept juridique ¹⁴² ». L'admettre c'est confirmer que réalité ne fait pas droit. De plus, assurer du sceau de la loi le principe de dignité de la personne humaine, c'est obliger chacun à sa mise en œuvre. Nul n'étant censé ignorer la loi, nul n'est donc autorisé à passer outre le respect de la dignité d'autrui. Nous concluons avec Max Weber que «[...] les présuppositions de la médecine ¹⁴³ et du code pénal empêchent le médecin de s'écarter de cette ligne de conduite. ¹⁴⁴ », mais est-ce suffisant ?

138 D'après Fabre-Magnan Muriel, *Op. Cit.* -page-8

139 D'après Fabre-Magnan Muriel, *Op. Cit.* -page-13

140 D'après Fabre-Magnan Muriel, *Op. Cit.* -page-14

141 Convention européenne des droits de l'Homme (1948), art. 6 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme (1948), art 16 du Code civil (1994), Code pénal (chap. V) décision du Conseil Constitutionnel (ex : décision du 19 juillet 1995 à propos de la loi relative à la diversité de l'habitat), Conseil d'Etat (27 octobre 1995 « affaire du lancer de nain »), Convention d'Oviedo (1997), Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (rendue contraignant par le traité de Lisbonne en 2007)

142 D'après Fabre-Magnan Muriel, *Op. Cit.* -page-4

143 Entendre ici : le *Code de déontologie de la médecine* qui en son article 2 stipule que : Code de déontologie médicale : « Article 2 (article R.4127-2 du code de la santé publique) : Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort. »

144 Weber, Max. *Le savant et le politique*, Trad. Julien Freund. Bibliothèques 10/18, Plon (1959) p 99

b) *Avec l'homme de l'art et le philosophe*

Préserver et protéger la santé et la vie d'autrui est la mission première de celui qui fait du soin et de la science médicale sa profession. La dignité d'autrui est au cœur de sa pratique et de son métier. Toutefois, les décisions politiques et économiques, la réorganisation du service public et de la santé ne sont pas sans incidence sur le quotidien de cet art qu'est : le soin.

Faire un soin « [...] est une décision d'humanité qui se féconde par la parole [...] La pire des choses serait que notre système de santé fabrique des soignants dont la médiocrité soit satisfaisante, c'est-à-dire des soignants capables d'exécuter des prescriptions, de faire nécessairement des actes à la chaîne au vu de la charge de travail et qui rentreraient chez eux, éreintés, sans peut-être de toute leur journée, avoir offert ce qu'ils ont de meilleur : un soin. ¹⁴⁵ » C'est pourquoi la consultation chez le médecin, ou dans un service hospitalier n'est pas et ne peut être une stricte relation contractuelle régie par un échange de services et d'obligations. Dans la relation de soin, il en va de notre humanité, de la reconnaissance de notre être propre d'autant plus que l'on vit notre vulnérabilité.

Ce que l'évolution du droit tend d'ailleurs à mettre en évidence justement, par les principes d'indisponibilité et d'inviolabilité du corps humain¹⁴⁶, hormis le sentiment moral qui lui échappe. Si bien que « Le « C'est dans votre tête ! » que trop de praticiens (des deux sexes) décochent aux patients invoquant un syndrome non répertorié [...] ¹⁴⁷ » ou le fait que l'on a « [...] longtemps enseigné que ce que le patient raconte n'a d'intérêt que si cela correspond à l'idée que le médecin a en tête. ¹⁴⁸ » sont autant de conduites courantes dans le domaine du soin qui mésestiment le patient et influent sur sa confiance en sa propre réalité et jugement. Tant et si bien que la dignité du patient est respectée du point de vue positif durant la consultation médicale, alors que du point de vue du sentiment moral loin s'en faut. « On ne perd pas sa dignité mais on peut en perdre le sentiment¹⁴⁹ » quand la loi, et seulement la loi positive est respectée. Les soignants ne sont pas juristes mais connaissent les limites légales

145 Pacific, Christophe ; *Op. Cit.* p 335

146 Bioy, Xavier ; *Op. Cit.* §7.20 L'intégrité du corps humain, p 21

147 Winckler, Martin. *Les Brutes en blanc*. Points, Flammarion (2016) p94

148 Ibidem p81

149 Fiat, Éric. *Petit traité de dignité. Grandeurs et misères des hommes*. Larousse (2012) p 199

de leur art. S'ils ne sont pas philosophes, ils ne sont pas pour autant dépourvus de raison et sont à même de considérer un sujet comme une personne, au-delà d'un cas médical.¹⁵⁰

C'est pourquoi les praticiens du soin ne doivent ignorer les lois qui assurent la légalité de leur pratique et ils ont aussi à charge de les penser « [...] la limite de l'efficace juridique [de la loi du 4 mars 2002] et [...] le] risque de négligence qui pointe son nez dès le moment où la loi laisse une zone d'incertitude aux acteurs.¹⁵¹ ». Ce n'est pas au juriste d'enseigner l'art du soin, c'est à la science médicale associée à sa pratique qu'en revient le devoir et la responsabilité. C'est à cette dernière que revient la qualité de la formation de ses praticiens, et le développement de leurs compétences humaines et philosophiques.

Par conséquent la méliorité de cette pratique, ne peut maintenir les principes de non malversation, les principes de balance bénéfice-risques au profit du patient...sans s'interroger, sans douter des décisions prises et de celles à prendre. Cette capacité critique à rendre possible un dissensus est au cœur de la démarche éthique. C'est la condition première à toute prise en charge d'autrui. Qui sinon autrui peut-il me dire qui il est ? Qui est-il si en tant que soignant je ne l'entend pas ? Que vaut un soin dont le soignant ne regarde pas celui à qui il s'adresse ? Et que vaut un consentement donné dans un climat de défiance ? La dignité de la personne humaine en droit, comme en médecine est inestimable, elle est la valeur in-évaluable. « La dignité ne se mesure pas, elle est absolue (et non plus relative à la conduite), inconditionnée (inconditionnelle et non plus conditionnée), intrinsèque (et non plus extrinsèque)¹⁵² » confirme Éric Fiat.

D'où il convient à présent d'analyser ce que l'acte de consentir ou de refuser un soin vaut quand surgit l'urgence.

2 : Consentement et situation d'urgence

Précédemment, nous avons relevé la confusion générée par l'expression « situation d'urgence ». Pour rappel : cette expression peut désigner n'importe quel domaine du réel présentant un risque potentiel ou avéré de détérioration voire d'anéantissement à plus ou

150 D'après, Ibidem, p300

151 Pacific, Christophe ; *Op. Cit* p 43 <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00469414/document>

152Éric Fiat. *Op. Cit.*p 144

moins long terme d'un objet. Situation qui exige une réponse rapide, adéquate et proportionnée, répondant aux critères de nécessité et de célérité.

Dans cette recherche, la situation d'urgence est médicale. L'urgence concentre le temps dans l'ici et maintenant. Elle exige concentration et attention. La pression est palpable pour tous les acteurs. Ce qui fait de la crise que vit le sujet, un *kairos*. Le moment opportun d'agir contre le risque potentiel ou avéré de détérioration de sa santé ou de perte de sa vie. Néanmoins la confusion persiste, entre l'urgence comme état d'un patient en péril imminent, et le service d'urgence où tous les patients accueillis ne sont pas dans un état de péril avéré. Le péril est réel (ou ressenti comme tel, les patients ne se présentent pas sans raison dans un service hospitalier), il est souvent grave (mais ne nécessite pas que l'on précipite les actions de prise en charge, et laisse un temps possible de réflexion). Nous allons étudier successivement la réalité du consentement dans les deux cas.

a) Patient en situation de péril imminent

« On pourrait ainsi dire que « l'urgence médicale, chirurgicale ou psychiatrique se définit par toute symptomatologie, dont le diagnostic et surtout le traitement, voire l'orientation ne peuvent être différés. Dans le cas du refus de soins, il est parfaitement établi que l'urgence doit être prise dans son sens le plus restrictif, c'est-à-dire quand le patient ne peut plus revendiquer le principe d'autonomie. » Ainsi, il s'agirait des urgences dites vitales où le temps ne serait plus disponible pour une recherche de consentement : le pronostic vital est engagé à court terme (comme dans les défaillances cardio-respiratoires, les hémorragies massives), et le médecin doit prendre une décision, selon le principe de bienfaisance [...] et l'obligation de porter secours. ¹⁵³ »

Dans ce cas spécifique concrétisé ici dans l'exemple du refus de soin alors que le pronostic vital est engagé, il n'y a aucun manquement à la dignité de la personne puisqu'elle est en incapacité de faire valoir son autonomie. La dignité ici n'est pas attestée par la parole, mais par le respect qui est porté au corps : non maltraitance, intimité, sauvegarde des effets personnels...

Même dans le cas où pour des raisons religieuses ou philosophiques, le patient ne consentirait pas à la préservation de sa vie, le devoir des soignants est de la défendre. Telle la

153 Gidenne, S. *Refus de soins aux urgences : Quel cadre légal ?* p 3
https://www.sfm.u.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2015/donnees/pdf/119.pdf

personne Témoin de Jéhovah refusant une transfusion sanguine lors d'une hémorragie, ou bien le militant pratiquant depuis trois semaines une grève de la faim, ou encore, la personne ayant attenté à ses jours... Ne pas le faire est condamnable et tombe sous le coup de la loi : article 223-6 alinéa 2 du Code Pénal, excepté si un péril imminent menace le sauveteur.¹⁵⁴

Si le patient est inconscient¹⁵⁵, les soignants peuvent se référer aux directives anticipées¹⁵⁶ si elles ont été rédigées, sinon ils doivent chercher le consentement de la personne de confiance¹⁵⁷ désignée ou à défaut, celui d'un des proches. Et si personne ne peut consentir pour lui alors la décision est prise par l'équipe médicale¹⁵⁸ parce qu'il y a mise en jeu du pronostic vital et une absence d'alternative thérapeutique, induisant un acte proportionné à l'état du patient.

Dans le cas où le pronostic vital est engagé, la célérité du soignant est la qualité première attendue assortie de la perspicacité. Cependant et en dépit de sa formation, le soignant comme tout humain en situation de stress est susceptible d'être déstabilisé. « [...Le] temps de la réflexion étant abrégé, la sérénité de la décision est affectée [...] ¹⁵⁹ » L'anxiété communicative du patient, la multiplication des interventions, l'insuffisance de moyens humains¹⁶⁰ et matériels (absence de lit, de moyen de transport...) créent l'incertitude et augmentent la vulnérabilité de tous les acteurs de la crise. Vulnérabilité accrue des soignants¹⁶¹ et vulnérabilité redoublée des patients.

154 « Sera puni des peines de cinq ans d'emprisonnement et de 75.000 Euros d'amende quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours » Code pénal art 223-6 alinéa 2

155 Gidenne, S. *Op. Cit* ; p 4-5 « Même en excluant le cas du patient arrivant inconscient dans le service et ne pouvant ainsi pas s'exprimer, régulièrement il y a les patients dont une situation ou une pathologie altère les capacités de compréhension et de jugement. Le soignant ne pourra alors pas se fier à son expression du consentement ou du refus. La loi prévoit ces situations en indiquant la conduite à tenir en cas d'intervention diagnostique ou thérapeutique : « Lorsque la personne est hors d'Etat d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue l'article L.1111-6, ou la famille, ou à défaut un de ses proches ait été consulté. »

156 Article L. 1111-11 du Code de la Santé publique, révisé et appliqué par décret n°2016-10670 du 3 août 2016 : <https://www.legifrance.gouv.fr>

157 Article L 1111-6 du Code de la Santé publique, ibidem

158 En vertu de l'article 16-3 du code civil

159 □ Philippe Catherine, Jacques-Jouvenot Dominique, Desmettre Thibaut, Guinchard Christian, Chopard-dit-Jean Adrien, (avec la coll. scientifique) Binet Jean-René. *Op. Cit.* p165

160 L'article ibidem p 167, datant de 2011 et se référant à des données de 2007-2008, indique que 51.5 % des médecins urgentistes souffrent d'épuisement professionnel. Vu les mouvements de grève dans divers services d'urgence en France, et les suicides touchant les professions hospitalières, nous pouvons penser que la situation ne s'est pas améliorée.

161 Nous pouvons lire sur le site infirmier.com : « Le contexte est de plus en plus dur quand il n'est pas dramatique : dégradation des conditions de travail, valeurs soignantes piétinées, pénibilité non reconnue, burn-out, suicides... Les chiffres sont bien là : un quart des soignants interrogés ont déjà eu des idées suicidaires du fait de leur travail au cours de leur carrière. » Suicide et professionnels de santé : le poids des chiffres par Bernadette Fabregas. Mise à jour le 18.12.17

La dignité des personnes si elle est en souffrance, n'est peut-être pas à étudier selon le seul prisme des patients. On peut penser que prendre soin de la dignité des professionnels de santé en tant que personnes, et en tant que soignants permettrait d'assurer que celle des patients soit maintenue. Cette question s'impose à nous dans notre réflexion mais n'en est pas la finalité. Aussi, examinons à présent ce qu'il en est du consentement dans un service hospitalier d'urgence.

b) Patient admis dans un service d'urgence

Quand nous lisons la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU)¹⁶², cela confirme que le plus grand nombre des patients admis dans les services d'urgence n'est pas privé de discernement, et demeure en capacité de consentir.

Cela ne signifie pas pour autant que les patients abusent du service hospitalier, ou que les services d'urgence feraient de la « bobologie ¹⁶³ ». Cette opinion méprise la réalité des patients qui se présente dans ces services. De plus elle est réfutée autant par la Cour des comptes que le Sénat qui ce dernier publie dans le rapport annuel de 2019 : « Le livre blanc édité par l'association Samu-Urgences de France l'exprime en ces termes : « l'urgence en matière de santé est définie par le patient lui-même ou par son entourage, inquiet devant des

162 « En se fondant sur la [...] CCMU, renseignée en France par l'urgentiste après la prise en charge du patient, il est permis d'estimer, de manière sommaire, que les 10 à 20 % des patients n'ayant besoin d'aucun acte complémentaire d'imagerie ou biologie médicale (CCMU 1) auraient pu donner lieu à une prise en charge en ville en médecine générale. A contrario, une telle prise en charge paraît exclue pour les patients classés en CCMU 3 (instables médicalement), et 4 et 5 (mise en jeu du pronostic vital et réalisation de gestes de réanimation). La catégorie intermédiaire, la plus nombreuse (60 à 70 % des passages), est constituée par les patients CCMU 2, dont l'état est stable, mais qui ont besoin d'examen complémentaires et ne pourraient être pris en charge en dehors de l'hôpital qu'à condition d'avoir accès à des plages de consultation et d'examen complémentaires non programmés ou à des structures pratiquant la petite traumatologie. Une partie de ces patients était néanmoins susceptible de présenter des symptômes qui, avant la consultation par l'urgentiste, pouvaient laisser craindre une affection nécessitant des actes ou examens complémentaires.

- Réalisée a posteriori, la CCMU ne constitue pas un outil de « triage » des patients par les professionnels, et la fiabilité de son codage est très variable d'un établissement à l'autre.- La plupart des médecins généralistes ne pratiquent plus d'actes de petite chirurgie ou ne le font que très peu : seuls un tiers des médecins installés en ville ont réalisé en 2017 au moins un acte de suture ou de petite traumatologie, et, parmi eux, près de 60 % a réalisé moins de 5 actes (source : données CNAM 2017). » Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités (8 février 2019)

<https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>

163 Sur l'usage de ce terme en médecine : « [...] la diffusion de ce terme au sein de notre corporation m'agace et m'inquiète. Selon le dictionnaire historique de la langue française Le Robert, le mot bobo, employé dans le langage enfantin en référence à une douleur physique, a pris le sens figuré de « mal anodin, sans gravité » dans la langue familière, enregistré par Furetière en 1690 déjà. Le terme « bobologie » en est donc étymologiquement dérivé et s'insinue subrepticement dans la pensée médicale, ramenant sans le dire les plaintes des patients à des enfantillages et le travail du médecin à un jeu sans importance dont la société pourrait facilement se passer (ou qu'elle pourrait pour le moins renoncer à financer). « Vous avez dit « bobologie » ? » par Pilet, François Rev Med Suisse 2010 ; volume 6. 736-737 <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-243/Vous-avez-dit-bobologie>

signes d'apparition brutale, mais aussi lorsqu'il ne trouve pas de réponse ailleurs à son problème de santé ».

Le Dr Giroud [...], ne dit pas autre chose en déclarant que « l'absence d'offre adaptée constitue l'urgence », et que c'est certainement là « la meilleure définition de la médecine d'urgence ». ¹⁶⁴ », et de préciser : « Il apparaît au total bien difficile de distinguer l'urgence médicalement justifiée de l'urgence ressentie, ou simplement de l'urgence constituée par l'absence de solution identifiée de prise en charge alternative ».

La réalité d'un service d'urgence aujourd'hui est d'être contrainte de pallier à la fois les déficiences d'un système de santé et l'augmentation de la précarité sociale ; auxquelles s'ajoute une demande croissante des patients pour une immédiateté et/ou une technicité des soins qui ne se trouvent qu'en secteur hospitalier (Toutefois cette dernière catégorie de patients est la plus faible¹⁶⁵)

De fait, bien des patients ne relèvent pas du registre d'exception du recueil du consentement formulé par l'article 16-3 du Code civil, et sont en capacité de donner leur permission ou non à un acte de soin. Or, l'affluence des patients, la rapidité des consultations, la double charge de soin et d'enseignement des médecins, associées à toutes les difficultés structurelles déjà nommées, font que l'article 16-3 devient la norme du service d'urgence. ¹⁶⁶

Dans le cas où le patient refuserait véritablement la prise en charge, cela supposerait donc qu'on lui ait demandé son consentement et qu'il ne l'a pas donné. Toute une procédure est alors engagée¹⁶⁷ dans le cadre de la loi visant à accompagner le patient vers l'acceptation de ce qui semble le mieux pour lui... Un obstacle demeure celui de « paternaliser » le consentement !

164 Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé (rapport d'information du Sénat n° 685) Par Mmes Laurence COHEN, Catherine GÉNISSON et M. René-Paul SAVARY (26 juillet 2017) : au nom de la commission des affaires sociales

165 Ibidem

166 Cette normativité m'a été confirmée par la quasi-totalité des patientes entendues durant mon stage. Seules deux (82 patientes entendues) ont été en capacité non de refuser (car on ne leur a pas demandé) mais de s'opposer à un soin : la première connaissant très bien sa maladie chronique, et la seconde parce qu'infirmière de profession.

167 « L'entretien de délivrance de l'information doit être tracé dans le dossier médical. Idéalement, l'entretien recueillant le refus doit se passer en présence d'un témoin, que ce soit un membre de l'équipe ou un proche du patient, avec l'accord de celui-ci. Il sera demandé au patient de signer un document d'« attestation de refus de soins ». Il n'existe pas de document standardisé : chaque établissement établit le sien. Il doit être le plus précis possible. Il y sera noté que le patient a bien compris les informations données mais qu'il refuse quand même les soins. Le document est daté et signé ; un exemplaire sera remis au patient, l'autre archivé dans le dossier de soins. Si le patient refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce constat de refus sera signé par le médecin présent et au moins un des deux soignants présents » Gidenne, S. *Op. Cit.* p 7 <https://www.sfm.u>

Par contre, la permission au soin, la permission de toucher le corps du patient, qui participe du consentement médical, ne prend pas effet seulement par la présence du patient. La dignité due à sa personne induit que le soignant doit être explicitement autorisé par lui à porter les mains ou des instruments sur son corps ; Ainsi comme l'écrit Alain Garay, « L'urgence médicale ne saurait [...] constituer un alibi ni un prétexte injustifié, conférant les pleins pouvoirs, alors même qu'il est malaisé de qualifier, dans une situation donnée, les différents paramètres à réunir pour en retenir l'existence. ¹⁶⁸ »

Parce que la vulnérabilité du patient se trouve amplifiée par sa présence « aux urgences », cette parole qui désigne le respect dû à sa personne, a une valeur inestimable. Elle implique le patient dans sa réalité, et lui dit qu'il est reconnu et respecté dans sa totalité. Et ce quelle que soit sa capacité à gérer son angoisse, ou ces manquements au savoir-vivre. Il est des règles de politesse qui cèdent devant la peur, et la fatigue des heures d'attente.

C'est ainsi qu'« exiger qu'un patient soit bien élevé, c'est aussi idiot qu'exiger d'une mère que son nourrisson ne pleure pas pendant une consultation : le boulot d'un soignant consiste à prendre les gens comme ils sont ¹⁶⁹. » Les prendre comme ils sont, canaliser leurs terreurs et les respecter tels qu'ils sont, malgré l'épuisement et l'agacement, font de l'exécution d'un acte médical, un authentique soin. Les patients ne se trompent pas. Ils savent différencier l'exécution d'un acte médical, et la puissance guérisseuse d'un soin. Ce peut être objectivement et scientifiquement, la même action. Mais subjectivement et moralement, c'est d'une toute autre portée.

Le consentement au soin participe à l'excellence de cet art de soigner. Pourtant le plus grand nombre de patients dans les services d'urgence, se le voient refuser. Non par volonté consciente, à mon avis, plutôt par l'illusion de la facilité, de la rapidité, ou de l'efficacité de l'article 16-3 du Code civil - des aspects inconscients à la prise en charge affleurent dans la parole.

C'est pourquoi l'usage de l'expression « recueil du consentement » devrait être délaissé, me semble-t-il, au profit de « donation du consentement ». Cette dernière expression renforce l'autonomie du patient, en le rendant actif dans la décision, alors que l'expression « recueil du consentement » donne au soignant l'initiative. Employer cette

168Alain Garay, Avocat à la Cour d'appel de Paris : *L'urgence médicale : droit et éthique*

Publié le : 17 juin 2003 www.espace-ethique.org/ressources/article/lurgence-medicale-droit-et-ethique

169Winckler, Martin, *Op. Cit.* p 314

formulation philosophique, s'inscrit dans l'esprit de la loi plus que dans sa lettre, et permet d'insister sur la part active du sujet dans l'acte de consentir.

La réalité du « recueil du consentement » vise à concrétiser le principe d'autonomie, alors que l'expression met en lumière un amoindrissement, qui peut à mon sens avoir une certaine influence dans la pratique. L'expression « donation du consentement ou donation du refus » devrait lui être préférée, pour mettre en avant la liberté qui résiste dans et par le sujet.

Maintenant nous disposons d'un certain nombre d'éclaircissements concernant « Les limites au consentement médical en situation d'urgence ». Ceux-ci vont nous permettre de nous enquérir de la situation particulière du consentement médical *des femmes* dans *un service d'urgence* qui leur est dédié.

III Un service d'urgence pour les femmes

Avant d'examiner en quoi la spécificité des urgences gynécologiques et obstétriques, influence la *donnation* d'un consentement par les patientes, il est important que nous discernions les missions du service des urgences générales et celles des urgences gynécologiques et obstétriques.

Le point commun à ces deux services, est qu'ils se situent tous deux dans l'enceinte de l'hôpital. Se faisant, le contrat médical, comme nous l'avons compris ne s'applique plus en ces lieux, il n'est applicable qu'en médecine libérale, et nous avons vu qu'il était en voie de dé-contractualisation. C'est le droit des usagers du service public qui est ici la norme positive de référence.

Une première étape consistera à caractériser les finalités du service d'urgence dans l'hôpital, pour spécifier ensuite celles d'un service d'urgence dédié à un public particulier. Ceci établi nous envisagerons ce qu'il en est de la parole et de l'acte de consentir ou de refuser, dans cet univers singulier.

A : Un service d'urgence hospitalier

Le service des urgences des hôpitaux généraux tels que nous les côtoyons sont une création encore bien jeune. Par contre, le fait de soigner dans l'urgence est attesté depuis l'Antiquité. L'organisation qui est en œuvre aujourd'hui et qui a la charge du soin d'urgence dans les centres hospitaliers date des cinquante dernières années. Il serait fastidieux et ce n'est pas le but d'en retracer toutes les péripéties, aussi pour résumer brièvement cette évolution, nous reprenons la conclusion de François Bertrand lors du Collège PACA de Médecine des Urgences : « La prise en charge des urgences a évolué du militaire vers le civil, du collectif vers l'individuel, et du chirurgical vers le médical. La chirurgie d'urgence s'est développée à l'occasion de siècles de guerres, et la médecine d'urgence à l'occasion des épidémies. Ce n'est que tardivement que les hôpitaux civils ont vu se créer des services exclusivement consacrés à la prise en charge exclusive des urgences médicales et chirurgicales. [...] ¹⁷⁰ » .

Les services d'urgence hospitalières sont les héritiers des hospices, et des lieux d'asile, où aujourd'hui rentabilité économique et humanisme¹⁷¹ peinent à cohabiter. Alors que la structure d'ensemble de l'hôpital pour poursuivre sa modernisation s'est spécialisée en différents services, au cœur de l'hôpital, par l'entrée des urgences, se poursuit l'accueil de tous les publics dont la vulnérabilité est exposée, sans distinction de revenus, de sexe, d'âge...

« Au fil du temps, les missions de l'hôpital se sont précisées et diversifiées, afin de s'adapter aux évolutions de la société. Elles forment aujourd'hui un vaste ensemble, qui va de la prévention aux soins, en passant par l'enseignement et la formation.

La loi consacre juridiquement l'hôpital comme un établissement public sanitaire et social, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, mais rattaché à une collectivité territoriale. En 1958, la " réforme Debré " crée les centres hospitalo-universitaires (CHU), lieux de soins et de recherche réunissant praticiens et universitaires. L'hôpital, secteur économique en pleine croissance, devient alors un pôle d'excellence médicale [...] l'une des

170 François Bertrand du CHU de Nice : « *Un bref historique de la médecine d'urgence* », (2016) <https://sofia.medicalistes.fr/spip/spip.php?article402>

171 "Les réformes hospitalières ont toutes été dominées par une philosophie gestionnaire, qui sous-estime la mission sociale de l'hôpital", accentuée en période de marasme économique, déplore François-Xavier Schweyer, professeur de sociologie à l'Ecole nationale de la santé publique. Les directeurs - et les médecins hospitaliers - doivent donc tenir compte du coût économique des soins mais l'éthique du service public leur interdit d'en faire l'élément décisif du choix de l'acte médical." D'autres que lui estiment que l'accroissement des dépenses médicales et le creusement des déficits interdisent qu'on en revienne à la notion d'hôpital-hospice, "sanctuaire de l'humanité". » par Jacot, Martine. « Petite histoire et nouvelle définition des urgences » (2005) https://www.lemonde.fr/societe/article/2003/09/24/petite-histoire-et-nouvelle-definition-des-urgences_335300_3224.html

institutions phares de notre société : un hôpital conjuguant les fonctions d'établissement de soins avec celles d'un lieu d'enseignement et d'un centre de recherche. ¹⁷² »

1 : Un service général

L'Agence Régionale de Santé, définit la mission des services d'urgence par la nécessité d'assurer la prise en charge des venues à l'hôpital non programmées, 24 heures sur 24, durant toute l'année, sans sélection de personnes. La situation d'urgence peut être médicale, chirurgicale voire psychiatrique. ¹⁷³ Malgré la volonté d'accueillir tous les publics, l'aspect généraliste des services d'urgence crée de nombreuses difficultés : « Ils doivent répondre aussi bien aux accidents individuels qu'aux désastres collectifs, [...] tout en remplissant les lacunes du système de santé, en matière de prise en charge de pathologies bénignes ou de problèmes sociaux, et en respectant les contraintes budgétaires hospitalières¹⁷⁴. ». L'irrégularité des arrivées, la diversité des pathologies, les attentes multiples, accompagnées d'une absence de consensus sur un même cas, associées à des difficultés de tri parfois ¹⁷⁵ ont conduit à inaugurer des Urgences différenciées : pédiatriques, psychiatriques, gynécologiques et obstétriques.

2 : Un service spécifique et spécialisé

En spécifiant les Urgences, cela permet de s'adresser à un public présentant des caractéristiques communes : d'âges ou de sexe. Cette différenciation dans les services d'urgence assure une présélection avant même l'arrivée à l'hôpital facilitant le tri des pathologies et leur prise en charge. Ainsi, le personnel médical par sa spécialisation (: pédiatres, gynécologues-obstétriciens, maïeuticiens, psychiatres,) permet un diagnostic plus rapide et plus adapté.

172 [https://www.hopital.fr/Nos-Missions/Les-missions-de-l-hopital\(2015\)](https://www.hopital.fr/Nos-Missions/Les-missions-de-l-hopital(2015))

173(2018) www.ars.sante.fr/la-medecine-durgence-0

174 Vassy Carine, « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire », *Mouvements*, 2004/2 (n° 32), p. 67-74. DOI : 10.3917/mouv.032.0067. URL : <https://www.cairn.info/revue-mouvements-2004-2-page-67.htm>

175 « Estimant trop faibles leurs ressources infirmières et médicales, certains responsables préfèrent les allouer aux soins des patients et non au triage. C'est alors un agent administratif qui recueille des renseignements d'ordre administratif et qui pose quelques questions simples sur la nature du problème de santé pour établir le tri et les priorités, qu'une infirmière rectifiera peut-être ultérieurement » □ Vassy Carine, « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire », *Mouvements*, 2004/2 (n° 32), p. 67-74. DOI : 10.3917/mouv.032.0067. URL : <https://www.cairn.info/revue-mouvements-2004-2-page-67.htm>

J'ai malgré tout constaté, lors de mon stage que le public ignorait parfois cette organisation. Au point qu'une patiente souffrant de très fortes douleurs pelviennes dues à une endométriose, a passé plusieurs heures dans le service général, avant d'être réorientée, sans antalgique vers les urgences spécifiques, où elle a à nouveau attendu plusieurs heures avant d'être prise en charge, et toujours sans prise en charge de sa douleur. Nous comprenons sans difficulté la pertinence de proposer des services d'urgence adaptées à certaines populations : l'enfant, la femme, les malades mentaux, dans le souci de prendre en charge de façon plus adaptée une plus grande vulnérabilité. C'est pourquoi ces services d'urgence dédiés aux pathologies féminines sont nécessaires.

B : Service hospitalier d'urgence pour les femmes

Si la médecine et l'histoire de la médecine ont par le passé réduit la femme à n'être qu'un simple réceptacle à disposition des hommes, utile à la perpétuation de l'espèce humaine, et si la science a tardé à reconnaître la spécificité du sexe dans les pathologies¹⁷⁶, la mise en œuvre des services d'urgence adaptés aux personnes de sexe féminin tend à dépasser par la pratique du soin des positions sexistes archaïques qui malheureusement perdurent encore dans certains propos ou attitudes¹⁷⁷. Il faut cependant remarquer que ces unités ne sont pas des structures indépendantes des urgences générales, bien qu'elles possèdent leur organisation propre.

La gynécologie et l'obstétrique sont des disciplines souvent confrontées à l'urgence, où ce n'est pas seulement la mise en péril d'une vie mais de deux qui est en jeu. La vulnérabilité pour soi et pour autrui au-travers de soi, vécue par la femme font de ces spécialités un univers singulier. Est en scène là, « une origine du monde » au sens éponyme du tableau de Courbet¹⁷⁸, une médecine qui s'adresse tout autant à la source du plaisir et de la sexualité, qu'à la matrice de l'humanité. Un lieu qui parce qu'il soigne cette double vulnérabilité, se doit de conserver ses valeurs d'asile hospitalier et de refuges contre les violences du monde.

176 Gineste, Coline *Op. Cit.*, Chp. II : *La médecine sexiste*, p 9-21

177 Sur ce sujet : Winckler, Martin : *Le Chœur des femmes*, folio Gallimard (2014) « Avertissement : Ce livre est un roman : les personnages, l'Unité 77, la ville de Tourmens, son CHU et les événements qui s'y déroulent sont imaginaires. Mais presque tout le reste est vrai. M. W. »

178 Cf annexe 2 : p Gustave Courbet *L'origine du monde* 1866

Un lieu qui prend en charge outre la vulnérabilité physique, la vulnérabilité affective et sociale des femmes.

1 : Les urgences gynécologiques

Les urgences gynécologiques comprennent des pathologies aussi diverses que : les ménométrorragies¹⁷⁹, les douleurs pelviennes, les cas d'agression sexuelle, le syndrome d'hyperstimulation¹⁸⁰, les pathologies vulvovaginales (de la simple mycose jusqu'aux infections sexuellement transmissibles), la contraception d'urgence etc. Ces pathologies s'expriment depuis une absence de sensation, à une simple gêne physiologique, jusqu'aux douleurs difficilement supportables et pouvant « mettre en jeu le pronostic vital ¹⁸¹ ». Durant mon stage, certaines patientes donnaient un « score » de 8 sur 10 à des douleurs pelviennes.

La symptomatologie atteste effectivement qu'il y a urgence à remédier à ces douleurs, ces symptômes, ces accidents ...

Les patientes vivent une première vulnérabilité : celle de la pathologie, celle liée au statut de vivant luttant pour le maintien de sa santé, comme « Chaque chose, autant qu'il est en elle, s'efforce de persévérer dans son être ¹⁸² ». A celle-ci s'ajoute une deuxième vulnérabilité : ces pathologies touchent le cœur de l'intimité autant physique qu'affective. Elles se nichent au creux du ventre.

Ces affections dévoilent la sexualité à un (e) plusieurs inconnu(e-s). Elles contraignent à des soins qui exposent le pudique, l'intime au regard et au toucher d'un autre. La dignité de tout l'humain se trouve condensée dans ce qui a trait au sexe de la personne. Comme si était là le foyer sacré de l'humanité, aussi bien que celui du sujet.

179 C'est un saignement de l'utérus qui n'est pas causé par une tumeur, une infection ou une grossesse. C'est l'association des saignements abondants au moment des menstruations (la ménorragie) et en-dehors de celles-ci (la métrorragie).

180 Docteur M.C. Laurent du CHU de Rennes « Complication la plus fréquente des traitements de stimulation de l'ovulation, l'hyperstimulation ovarienne (HSO). Pathologie iatrogène, elle nécessite la plus grande attention des cliniciens Del 'assistance médicale à la procréation (AMP) dans sa prise en charge et plus encore dans sa prévention » Le. Syndrome d'hyperstimulation ovarienne Urgences en gynécologie obstétrique / (2005) campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/gynecologie-et.../chap5.pdf

181 Docteur M.C. Laurent du CHU de Rennes. Ibidem

182 Spinoza, Baruch. *Ethique*. Trad. Charles Appuhn(1965) GF-Flammarion ; p 142

Dans notre société qui se pense désacralisée et areligieuse¹⁸³, on oublie que les fonctions physiologiques à l'instar des relations sociales comme le travail ou le jeu ont été durant des millénaires pourvues de significations spirituelles et « donc de la dimension véritablement humaine ¹⁸⁴ ». « De telles expériences [comme la génitalité, la puberté, ...] sont toujours religieuses car le Monde est sacré [...et] il faut se rappeler que les principales fonctions physiologiques sont susceptibles de devenir des sacrements ¹⁸⁵ » pour les civilisations premières. Notre technicité et rationalité apparentes voudraient nier des millénaires de tabous et de sacralité. Il suffit de passer quelques heures dans un service d'urgence gynécologique, pour réaliser que tous ces archétypes de l'inconscient collectif¹⁸⁶ ne sont pas obsolètes. J'ai pu voir et entendre la gêne des patientes. Gêne si vivement ressentie à l'idée d'avoir taché ses vêtements, pire d'avoir souillé le siège de la salle d'attente, qu'elle en a cloué plus d'une à sa place. Cela ne relevait pas dans leurs propos d'un simple problème d'hygiène, ou d'inconfort. Le regard, le « qu'est-ce que l'on va penser de moi » révélaient le tabou.

Il y a bel et bien du sacré dans le corps et ses manifestations. La sexualité par le désir et la peur qu'elle provoque, par la profanation et le viol qui la transgressent, dévoile cette sacralité. Cela ne signifie pas qu'il faille normaliser les comportements sexuels, cela signifie que l'on ne peut pas profaner le corps d'autrui. On ne peut pas lui imposer un toucher, un regard ou une parole sur son être en vertu d'un droit positif dérogatoire au *Noli me tangere*. Cela nous amènera plus tard à questionner les limites à la *donnation* du consentement dans le cadre de ce service d'urgence.

2 : Les urgences obstétricales

Les urgences obstétricales concernent la femme dans sa dimension procréatrice. Ce sont toutes les pathologies qui risquent de mettre sa vie en péril par un dysfonctionnement de la grossesse, mais cela peut désigner aussi des souffrances concernant le fœtus. Ces pathologies peuvent être : un risque de grossesse extra-utérine, de menace d'accouchement

183 Société qui oublie que le religieux existe même chez le plus athée des sceptiques. Le fait de croire est fondateur de l'esprit humain. Qu'importe ce sur quoi porte la croyance (politique, religion, spiritualité...), il y a donation de sens au-delà des données dites objectives de la science.

184 Eliade, Mircea. *Le sacré et le profane*, Folio-essais, Gallimard (1987) p143

185 Eliade, Mircea *ibidem* p 144

186 Jung, Carl Gustav. *Dialectique du Moi et de l'inconscient*. Trad. Dr Roland Cahen, folio-essai, Gallimard (1986) p 46

prématuré, de souffrance fœtale aiguë, de rupture utérine, d'herpès, de fièvre, d'hémorragie de la délivrance, de crise d'éclampsie¹⁸⁷ etc.

A la vulnérabilité d'une sexualité mise à nue vient se joindre celle du mystère de la vie et de la naissance, mais aussi de la mort.

La mission principale des urgences obstétricales est la prise en charge des grossesses soit pathologique soit à terme dépassé.

Malgré tout, se présenter aux urgences obstétricales en fin de grossesse quand il est temps d'accoucher, n'est pas une pathologie. La patiente n'est pas une malade et la grossesse n'est pas une maladie ; c'est un état de vulnérabilité temporaire. Cependant, il y a des précautions à prendre car deux vies sont en jeu, et les praticiens ne maîtrisent pas tout malgré leurs savoirs.

Il y a dans la vie quelque chose qui échappe au vivant, qui transcende sa volonté. Un quelque chose auquel on se résout. Simplement la tentation est grande de soumettre cet événement aux diktats des protocoles médicaux¹⁸⁸ qui se voulant absolus ne sont pourtant que relatifs aux sociétés, aux époques et aux représentations¹⁸⁹ que l'on se fait de la maternité.

La femme qui se présente pour accoucher en fin de terme ou à terme dépassé aux urgences, n'est pas forcément en péril. C'est l'imminence de la naissance qui exige une réponse rapide et coordonnée. Rien de grave a priori, même si cela requiert toute l'attention et le professionnalisme de l'équipe soignante.

Tandis que la vie s'annonce pour certaines, pour d'autres s'en est la fin. Pour le novice, il est pénible de se figurer ce lieu comme celui d'une mort possible et souvent avérée. Si les femmes se présentent aux urgences obstétricales pour une maternité en route, elles se

187 « La pré-éclampsie [...] est une maladie liée à la grossesse dont l'origine reste inconnue et touche environ 5% des femmes enceintes. La pré-éclampsie se manifeste généralement pendant la seconde partie de la grossesse, dès le milieu du deuxième trimestre (soit 20 semaines d'aménorrhée). L'hypertension artérielle et la présence de quantités anormales de protéines dans les urines (protéinurie) sont les premiers signes d'alerte de pré-éclampsie. Ces symptômes peuvent s'accompagner de violents maux de tête, de troubles visuels, d'acouphènes ou de vomissements. Il est également possible d'observer une prise de poids importante et soudaine, et la présence d'œdèmes (gonflement des pieds, des chevilles et des mains). [...] Non prise en charge, la pré-éclampsie peut évoluer vers une crise d'éclampsie : de graves convulsions liées à l'hypertension artérielle pouvant entraîner le décès de la mère et du fœtus. Chez la mère, l'hémorragie cérébrale, l'insuffisance rénale, le décollement du placenta et le syndrome HELLP (inflammation du foie et destruction des globules rouges) font partie des autres complications de la pré-éclampsie. Chez le fœtus, les symptômes de la pré-éclampsie peuvent donner lieu à un retard de croissance et à une naissance prématurée. » *Pré-éclampsie : définition, symptômes, traitements* Par Sciences et Avenir (12.09.2018) <https://www.sciencesetavenir.fr/.../pre-eclampsie-definition-symptomes-traitementsp->

188 Gineste, Coline (sous la direction de Flora Bastiani) *L'impact du sexisme sur la qualité des soins en gynécologie*, mémoire de master d'éthique du soin et recherche, Universités de Toulouse (2017) p54-56

189 au sens weltanschauung qui recouvre : le et la politique, l'économie, la sociologie, la religion, le langage...

présentent aussi et souvent pour une grossesse qui vient de s'achever ou qu'elles craignent en danger.

Quel que soit le nombre de semaines d'aménorrhées quand il y a un investissement affectif du fœtus, c'est-à-dire à partir du moment où il existe dans l'esprit de la femme, il devient son bébé, son enfant, et celle-ci se vit comme mère à venir. Qu'importe alors la reconnaissance juridique¹⁹⁰ qui ne reconnaît l'enfant que né et viable, la *grossesse arrêtée*¹⁹¹ est un deuil à vivre.

Ici pour les soignants l'urgence disparaît. Ce n'est plus qu'une question d'organisation du calendrier et du service. « Comme telle la mort ne rompt pas cette absence d'imprévu qui caractérise l'ordre banal des événements quotidiens [...] Le « On » prend soin de convertir cette angoisse, d'en faire une simple crainte [...] ¹⁹² » Si pour les professionnels cela devient une habitude¹⁹³ surtout les arrêts de grossesse des premiers mois, pour celle qui le vit c'est un fracas dans son existence. Pour la femme c'est un abîme qu'elle affronte. Qui aura le temps d'écouter sa plainte, sa douleur et laisser émerger les questions ?¹⁹⁴ La femme n'est plus en situation d'urgence à moins que cela soit à terme, malgré tout pour elle il y a urgence de donner sens à cela, de savoir ce qui va suivre et d'envisager plus loin. Qui va porter témoignage ?

190 Hartman, Fanny précise : « La naissance constitue le point de départ de la personnalité juridique à condition pour l'enfant de naître vivant et viable (art. 318 et 725 al. 1er du C. civ.). La naissance doit être déclarée par les parents, ou à défaut par toute personne, dans les trois jours auprès de l'officier de l'état civil du lieu de naissance (art. 55 et 56 du C. civ.). Elle est constatée par un acte de l'état civil (art. 57 du C. civ.).

Par exception, lorsque l'enfant naît vivant et viable, l'adage « *Infans conceptus pro nato habetur* », [*Infans conceptus pro nato habetur quoties de commodis ejus agitur* cela se traduit par « L'enfant conçu sera considéré comme né chaque fois qu'il pourra en tirer avantage » est une expression latine faisant référence à la loi qui permet à un fœtus d'hériter de propriété.] érigé en principe général du droit, permet de faire remonter l'acquisition de la personnalité juridique dès sa conception toutes les fois où il y va de son intérêt (Cass. civ. 1re, 10 déc. 1985, n° 84-14.328). Le Code civil prévoit d'ailleurs trois cas d'application de l'adage aux articles 311 al. 2, 725 et 906. De la sorte, l'embryon n'est pas considéré comme un être doté de la personnalité juridique.

Pour autant, l'embryon est l'objet d'une protection juridique en sa qualité de « personne potentielle » (CCNE, avis, 23 mars 1984) » dans « *I : Le début de la personnalité juridique* », *Le droit des personnes et de la famille à l'épreuve des droits fondamentaux* présenté par l'IEJ de Paris 1, <https://iej.univparis1.fr/openaccess/libertes-famille/lecon1/sect1/i/>

191 Je préfère employer les expressions : « arrêt de grossesse » ou « grossesse arrêtée », car les nommer « fausses couches » passe sous silence le vécu réel de la maternité, l'existence d'un autre ancré dans la chair de celle qui se sait mère en devenir.

192 Heidegger, Martin : *L'Être et le Temps*, Gallimard pp 144 cité par Russ Jacqueline, *Les chemins de la pensée*, Armand Colin, (1988) p455-456

193 « Processus simple d'apprentissage, observable de l'amibe à l'homme, et qui consiste en une diminution des réponses d'un individu à un stimulus lorsque celui-ci lui est présenté de façon permanente sans renforcement » <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/habituacion/>

194 Annexe 1, Rapport de stage

Un médiateur formé à l'écoute, un psychologue clinicien pourraient débiter ce travail de résilience du sujet comme l'expérimente Eléonore Pardo dans un service d'Urgence Générale : « Le psychologue est l'oreille du patient : son attitude et ses références sont très différentes de l'interrogatoire médical. Son rôle princeps est de laisser se déployer la souffrance dans la parole et de servir de bord afin d'éviter qu'elle ne se transforme en angoisse. La différence d'avec le médecin est qu'il ne doit pas catégoriquement répondre à la plainte. Son écoute se juge à sa capacité de pouvoir entrevoir l'interprétation que le malade donne à sa maladie et à son existence. Cette interprétation ne concorde pas toujours avec celle du médecin, mais elle ne saurait être négligée, car elle renseigne sur la fonction des défenses et des adaptations mises en œuvre par le patient.¹⁹⁵ » pour commencer à accepter sa nouvelle réalité.

En outre, plus la grossesse est avancée, plus c'est un impensable pour la non-future-mère jamais préparée à perdre « son enfant ». Et quand cela se produit à terme, j'ai eu l'occasion d'entendre la vulnérabilité des soignants rejoindre celle de la non-mère en deuil.

Durant le premier trimestre les femmes sont informées du risque, elles s'y adaptent. Passé ce délai, les femmes sont assurées de leur maternité. Or loin s'en faut. Peut-on ou doit-on tout dire des risques d'une grossesse pour les y préparer ? Doit-on privilégier le temps béni de la grossesse ignorant tout des risques, et dans ce cas est-ce du « paternalisme » ou la prise en compte de la vulnérabilité ? N'y a-t-il pas le risque de voir des patientes meurtries se porter en justice pour préjudice d'impréparation ?

Ce qui au premier trimestre de grossesse a à peine pris forme dans le corps de la femme nécessite déjà une intervention médicamenteuse et gynécologique pour « curer » l'utérus d'un corps mort, et n'est pas sans incidence sur le sujet. Cependant cela laisse la femme relativement passive, elle subit son corps et ce qui s'y produit. Alors que par la suite c'est un accouchement que la femme devra vivre. Affectivement quel que soit le nombre de semaines d'aménorrhées ; une « fausse couche » est un vrai deuil dans le corps aussi bien que dans l'esprit de la patiente.

195Pardo, Eléonore, « *La clinique du sujet au sein des services d'urgence générale* » Association Recherches en psychanalyse | « Recherches en psychanalyse »2009/1 n° 7 | pages 120 à 130 ISSN 1767-544 <https://www.cairn.info/revue-recherches-en-psychanalyse-2009-1-page-120.htm>

Tout au long de sa grossesse, la femme est capable d'autonomie, et sa parole est à entendre. Pourtant le critère du quatrième mois de grossesse¹⁹⁶ est décisif dans la prise en charge rapide aux urgences. Si le choc et le bouleversement hormonal pèsent dans son discours, le temps pris par le soignant sera l'occasion d'un authentique consentement et non d'un abandon de soi.

Pouvoir prendre position dans sa liberté c'est permettre à la femme de reconquérir son être-là malgré la souffrance. Recueillir le consentement sans avoir créé le climat de confiance nécessaire à la *donnation* de ce consentement, c'est l'infantiliser¹⁹⁷, limiter sa responsabilité¹⁹⁸, c'est la considérer comme une enfant, elle qui vient de perdre le sien. Mais devant des détresses insupportables n'est-ce pas à la vulnérabilité du sujet à laquelle il faut répondre prioritairement ?

Nous sommes en mesure à présent, d'entrevoir ce qu'il en est des limites au consentement médical d'une patiente consciente vivant une urgence gynécologique ou obstétrique.

C : Limites au consentement des patientes dans ce service :

Ainsi que nous l'avons développé tout au long de notre réflexion, la situation de crise pour un sujet en situation d'urgence n'est pas synonyme systématiquement d'incapacité à s'autodéterminer. Nous considérons donc la situation pour le cas majoritairement présent dans ce service d'urgence de patientes pleinement conscientes et ne présentant pas de défiance intellectuelle¹⁹⁹. D'où, il s'ensuit que nous pouvons discerner le type de limites en œuvre dans la démarche de *donnation* du consentement dans ce type de service hospitalier.

Reconnaître ces limites, c'est se donner les moyens de sortir de l'obscurité. Identifier ces limites, c'est savoir si elles sont obstacles à dépasser, ou fondements à consolider.

Nous pouvons différencier les limites en fonction du point de vue interne ou externe au sujet comme nous l'avons étudié. Ces deux aspects sont constitutifs de la liberté et de la

196 Ce critère, était durant mon stage, celui pratiqué par la borne distributrice de tickets, assurant le premier tri avant l'accueil dans le service d'urgence. Les patientes prenaient un ticket, et attendaient devant la porte, assises dans le couloir qui donnait à la fois sur la sortie et sur les autres services. Elles ne voyaient aucun professionnel avant que leurs numéros s'affichent, et qu'une aide-soignante établisse le deuxième tri. Elles étaient filmées par une caméra au cas où un incident se serait produit.

197 Étymologiquement l'enfant : est celui qui ne parle pas.

198 A la fois dans le sens de *répondre de* : se porter garant de soi, de son corps, de sa vie, et aussi dans le sens de *répondre à* : être présent, réagir, être en conformité avec ses valeurs.

199 Durant mon stage la population de femme accueillie était âgée de 15 à 50 ans.

dignité du sujet, ils se copénètrent, mais requièrent d'être abordés séparément. On doit les distinguer théoriquement pour agir de façon adéquate.

1 : Les limites externes au consentement médical de la patiente.

Les limites externes au consentement des patientes désignent celles provenant de l'environnement. Nous entendons par environnement, ce qui a trait de façon directe à l'existence et à l'organisation d'un service d'urgence hospitalière spécialisé. Ces limites extérieures au sujet imprègnent²⁰⁰ les capacités d'expression de l'autonomie du sujet, et le respect de sa dignité.

a) Les bornes (arké) qui rendent possible l'autonomie et à la dignité des patientes

Nous réitérons le constat que sans le pouvoir contraignant de la loi, bien des dispositions éthiques se maintiennent à l'état d'intention. Fonder l'autonomie de la patiente est possible parce que le droit positif reconnaît la patiente comme actrice de son parcours de soin depuis la loi du 4 mars 2002.

De plus les Codes civil et pénal ont depuis longtemps consacré le concept de dignité de la personne (et reconnu la vulnérabilité du sujet), qui s'il n'est pas invoqué à tout propos²⁰¹, possède un fort pouvoir énonciateur de délimitation entre l'acceptable et l'inacceptable.

Aussi pour la patiente jouissant de toutes ses facultés intellectuelles, le consentement médical existe en vertu de la loi et de son application, et nul ne peut y déroger (en dehors des cas déjà énoncés). Bien que dans ce type de service d'urgence, cette dérogation ne devrait être qu'exceptionnellement appliquée n'est-elle pas souvent systématisée à toutes les consultations et soins ?

Ce dernier aspect ayant tendance à persister en dépit de l'existence et de l'application des lois, se présente comme l'obstacle majeur à dépasser ou plutôt à déconstruire.

b) Les obstacles à déconstruire pour désystématiser l'omission de la permission :

200 A considérer autant dans un sens mélioratif que péjoratif.

201 « La dignité d'une personne particulière [souvent confondue avec le droit à l'honneur] ne doit pas être confondue avec la dignité de la personne humaine prévue par l'article 16 du code civil, sous peine de se retrouver mise en balance avec d'autres droits et libertés telles que précisément la liberté de la presse. » Fabre-Magnan Muriel, *Op. Cit.* p 10

Premier obstacle : la gestion du temps :

Pareillement à ce que nous avons écrit dans notre rapport de stage²⁰², la question de la *donnation* de consentement des patientes nous confirme qu'elle est indissociable des conditions d'appropriation par les acteurs du soin du temps et de l'espace qui leur sont alloués. En d'autres termes, si du point de vue de l'espace, la modernisation et la spécialisation de ce service ont favorisé la prise en charge des patientes, du point de vue du temps, l'absence de temps à consacrer aux patientes impacte lourdement leur autonomie et attente leur dignité.

Le manque de temps des équipes soignantes (non pas de façon constante dans ce service mais avec des pics d'affluence²⁰³), est la première cause invoquée par les soignants et par les usagères comme le premier obstacle au dialogue.

Sans dialogue comment donner un consentement non à l'acte médical en général (qui lui doit être si ce n'est donné, recueilli absolument), mais à un soin en particulier ? Si le praticien, ne prend pas le temps (qu'il n'a pas ou plus la présence d'esprit de prendre) de demander la permission d'un toucher intime, la patiente peut-elle le vivre autrement que comme une agression²⁰⁴ ?

Deuxième obstacle : La gestion des moyens matériels et humains :

Nous voyons que le premier obstacle ne dépend pas de la seule bonne volonté des professionnels. Comme nous l'avons dit, les urgences hospitalières condensent les problématiques politiques, économiques et sociétales. Les décisions prises pour l'hôpital par les instances gouvernementales ont des incidences directes jusqu'au lit du patient. Les valeurs qui sous-tendent ces instances se lisent aujourd'hui en contradiction avec les principes humanistes fondateurs de notre Constitution. La dignité de la personne humaine n'est pas évaluable en terme économique. Elle n'est pas rentable économiquement, et ne doit pas l'être à moins de se nier elle-même.

202 Où le problème donné à travailler par Mme Botz était : « le temps vécu des patientes en attente dans le service d'urgences gynécologique et obstétriques » Annexe 1

203 De la fin de matinée, jusqu'en début de soirée : d'environ 11 heure du matin à 21 heure le soir, ce qui représente 10 heures particulièrement stressantes.

204 Annexe 1, rapport de stage ainsi que ce que Israël Nisand, le rapport du HCE, le mémoire de C. Gineste, affirment aussi.

Si l'hôpital est une structure coûteuse qui demande une gestion comptable des plus strictes²⁰⁵, elle persiste avec l'Education Nationale et la majorité de la fonction publique à incarner dans la pratique de tous les citoyens : la *Res- publica*. Ce bien qui appartient à tous, et pour lequel les citoyens participent par l'impôt et les cotisations sociales.

La clinique tout comme l'enseignement enracine le politique dans le quotidien. Disposer des conditions nécessaires à la *donnation* d'un consentement à un soin dans un service d'urgence, c'est un droit. Le droit d'être respecté que me signifie le soignant dont c'est le devoir. Mais que devient un devoir qui n'a pas les conditions de s'exercer ? Il s'annihile - le droit avec lui - laissant aux soignants la culpabilité et le sentiment de mal accomplir sa mission.

Les conditions d'exercice des soignants sont parfois si peu compatibles avec les exigences de la dignité à préserver, que les patientes malgré leur épuisement et leur douleur, quand l'angoisse ne les submerge pas, légitiment voire excusent l'absence de considération dont elles pâtissent. Les proches qui les accompagnent sont souvent moins enclins à tant de mansuétude.

205 Le financement des hôpitaux, que le gouvernement promet de revoir, repose majoritairement sur la tarification à l'activité, ou T2A. Un modèle décrié pour ses effets pervers malgré les bonnes intentions qui accompagnaient son lancement en 2004. Instaurée par souci d'efficacité, la T2A constitue en moyenne 63% des ressources des établissements publics, selon la Fédération hospitalière de France. [...] Depuis bientôt 15 ans, une partie des ressources dépend du nombre d'actes et de séjours enregistrés. C'est le cas pour toutes les activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). En revanche, la psychiatrie, les soins de suites ou les urgences restent financées par des dotations. [...] Il s'agira d'accorder une place plus importante à la prévention, la coopération entre l'hôpital et la ville (professionnels de santé libéraux) et les pratiques vertueuses pour éviter les actes inutiles et les ré hospitalisations, par exemple. [...]

Plus l'établissement enregistre de séjours, plus son budget augmente. De quoi favoriser une "course à la rentabilité" et aux actes les plus rémunérateurs, selon les détracteurs de la T2A. D'autant que celle-ci ne tient pas compte des spécificités du patient (âgé, précaire, malade chronique) ni du nombre de jours passés à l'hôpital. Le budget de la sécurité sociale pour 2018 a déjà prévu des expérimentations avec la mise en place de forfaits englobant le parcours du patient. Reste la question épineuse des économies imposées à l'hôpital, qui subit chaque année une baisse de ses tarifs. Et est ainsi incité à produire plus d'actes pour viser l'équilibre. En 2017, le déficit des hôpitaux publics a atteint le niveau record de 890 millions d'euros, selon la Fédération Hospitalière de France. ». Hôpital : la tarification à l'activité, un mode de financement décrié ... (16 septembre 2018) <https://www.sciencesetavenir.f>

Les professionnels des urgences manifestent et font grève depuis des mois²⁰⁶ pour que la situation évolue, autant pour eux que pour les usagers. Ces derniers auraient tout intérêt à porter leur cause aussi bien éthiquement que politiquement puisqu'ils sont ceux par qui et pour qui l'hôpital public existe.

Si ces obstacles externes aux patientes délimitent le champ réel de la mise en œuvre de leur autonomie, nous nous confrontons aussi et de manière plus subtile aux limites internes du personnel soignant.

Troisième obstacle : « paternalisme résiduel ou mimétique »²⁰⁷

Par cette expression de « paternalisme résiduel ou mimétique », je tiens à formuler ce qui a largement été rapporté par le rapport du Haut Conseil à l'Égalité, aussi bien que par les propos d'I. Nisand ou M. Winckler, de même que A. Marcilly et M. Maury ou encore C. Gineste, et ma propre observation. Le paternalisme médical qui avait cours avant la loi du 4 mars 2002, a globalement disparu.

Néanmoins certaines formes persistent dans la pratique de façon mimétique : les médecins chargés d'enseignement en CHU, transmettent ce qu'ils ont appris de la génération précédente sans nécessairement le réformer, à la génération suivante. Qui n'a pas vu ni entendu son enseignant faire cette démarche, peine à le réaliser lui-même²⁰⁸.

Quant au paternalisme résiduel nous reprendrons cette explication de M. Winkler pour l'explicitier : « [...] « L'asymétrie fonctionnelle » de la relation de soin [qui] très souvent se double d'une asymétrie sociale visible et même revendiquée²⁰⁹ » de la part de certains

206« Le collectif Inter-Urgences recense une soixantaine de services d'urgences en grève dans l'Hexagone. Un mouvement qui dure depuis plusieurs mois pour certains établissements. L'accueil des patients reste néanmoins assuré. [...]Le 16 janvier, une tribune de 14 chefs de service réclamait, dans le Monde, «un grand plan en faveur des urgences, qui sont en permanence saturées»[...] «Les urgences des hôpitaux de Paris sont dans une attente sociale forte : afflux de patients toujours plus nombreux, tensions du fait des embouteillages et du temps d'attente, et même agressions du personnel soignant», écrivait Libération le 14 avril[les personnels déversent «leur trop-plein de souffrances[....]Le collectif Inter-Urgences, de son côté, tient à jour une carte des services d'urgence en grève. Au 20 mai au matin, il décompte 62 sites grévistes [...]. La France compte environ 650 services d'urgence, dont 520 publics. [...] Les principales revendications nationales portées par les syndicats sont les suivantes : rouvrir davantage de lits pour éviter les hospitalisations sur brancard, le versement d'une prime nette de 300 euros pour tous les personnels, et l'application du référentiel mis en place par Samu-Urgences de France pour définir les effectifs minimums d'un service d'urgence. Selon ce calcul, il manquerait, par exemple, 700 postes à l'AP-HP. [...] » *Combien y a-t-il de services d'urgence actuellement en grève en France ?* par Olivier Monod, 21 mai 2019 <https://www.liberation.fr/>

207 Nous créons cette expression.

208 Winckler, Martin. *Op. Cit.* p 280-281

209 Winckler, Martin. *Op. Cit.* p 277

praticiens qui « [...] usent, voire abusent, de cet ascendant[...heurte ceux qui s'efforcent de se comporter autrement] Leurs aînés ou leurs confrères [les interrogent ainsi :] : « Mais comment peux-tu soigner correctement des patients qui ne se plient pas à tes instructions ? ²¹⁰»

L'organisation pyramidale et la structure hiérarchisante de l'enseignement, autant que de l'art conduit à cet état de fait. Bien qu'il y ait une grande sollicitude dans le ton et le regard de l'homme/la femme de l'art, la pratique de demander la permission de toucher le corps d'autrui n'est pas courante, et celle d'accompagner le consentement au soin n'est pas toujours empathique.

Par suite, les patientes qui ont traditionnellement et majoritairement été éduquées à une soumission patriarcale, ne sont pas enclines à bousculer les habitudes, alors qu'elles en pâtissent. Quel que soit le genre du soignant, le port de la blouse a pour effet d'*agenrer*²¹¹ celui ou celle qui la porte, mais demeure le symbole du pouvoir (celui du savoir bien sûr.) Si l'homme/la femme de l'art n'y prête pas attention, la *donnation* de consentement sans être contrainte et cependant soumise.

D'où, il convient que nous considérions à présent les limites internes au consentement médical.

2 : Les limites internes de la patiente au consentement médical

En étudiant l'œuvre *De la limite*²¹² de Gabriel Liiceanu, nous voulions insister sur la part de liberté propre au sujet admis en situation d'urgence. Les obstacles précédemment cités ne peuvent être dépassés ni déconstruits de façon directe par le sujet. Ces obstacles nécessitent l'intervention de l'Etat, et/ou des changements structurels dans l'organisation de l'hôpital, de la médecine hors d'atteinte de la patiente directement.

Par contre, les limites internes relevant des compétences personnelles du sujet peuvent lui être dévoilées par la situation vécue aux urgences. En prenant conscience de ces dernières par la parole qui lui est adressée, la patiente accède à une vérité sur son être propre. Ici, il s'agit d'accoucher la liberté²¹³ en vue d'une *donnation* réelle de consentement, avant éventuellement d'accoucher son corps.

210 *Ibidem* p 278

211 Nous utilisons ce néologisme pour montrer le pouvoir uniformisant de la blouse aux yeux de l'institution et des praticiens eux-mêmes, mais pas nécessairement aux yeux des patientes pour qui le sexe du gynécologue peut revêtir une importance capitale.

212 Op. Cit

213 Comme Socrate le fut de l'esprit par la maïeutique, autre nom du dialogue philosophique.

a) *Les obstacles : les entraves assimilées*

J'appelle « entraves assimilées », les chaînes de nos représentations inconscientes. Non pas inconscientes au sens freudien, comme des données refoulées et inaccessibles à la conscience (bien que ces dernières soient si puissantes qu'on ne peut les ignorer, et qu'elles surgissent d'autant plus aisément que le sujet vit une situation de crise).

« Représentations inconscientes » dans le sens d'une non conscience, d'un manquement de clairvoyance du sujet sur ses raisons d'agir et leurs conséquences. La première de ces entraves à l'autonomie de la patiente, me semble être celle du consentement médical lui-même.

Première entrave : le consentement *a priori*.

Avant même que la patiente n'arrive dans le service des urgences, elle a donné son consentement à la prise en charge, elle consent à être soignée. Ceci est la démarche de tout patient. Mais l'angoisse, la douleur, l'incompréhension, prennent le pas sur son libre-arbitre, et au lieu de consentir à ce qui va lui être proposé, j'ai pu entendre lors de mon stage, qu'elles avaient pleinement confiance, sans restriction nuance aucune en la prise en charge à venir. Tout l'effort de leur être est tendu vers la résolution de la crise le plus rapidement possible, et ce autant pour leur personne, et davantage encore quand il y a un enfant attendu.

Si le péril est imminent, que cette disposition d'esprit semble pragmatique, elle ne m'apparaît pas comme participant à une *donnation* éclairé du consentement. Nous le réitérons, le péril même imminent n'implique pas nécessairement un abandon total de sa personne à la toute-puissance supposée bénéfique d'autrui, puisque les patientes sont conscientes et lucides.

Aussi, pour que la *donnation* du consentement soit véritablement l'expression de l'autonomie du sujet, ce ne peut être le recueil passif d'une parole irréfléchie.

Comme les cas de pathologie les plus couramment rencontrés dans les services d'urgence gynécologique et obstétrique ne privent pas ces dernières de nombreuses heures d'attente²¹⁴, il

214 Extrait du mail de Marjorie Botz, cadre sage-femme du service des urgences gynécologiques et obstétriques de Purpan (mars 2019) annexe du rapport de stage p38 : « Les urgences sont régies par des recommandations de bonnes pratiques (HAS), ainsi que des recommandations de sociétés savantes (SFMU, CNGOF, pour ne citer que les principaux). Les bonnes pratiques des urgences sont, pour des patientes qui rentrent à domicile, un délai de

serait possible alors d'exploiter ce temps de vacance de l'esprit pour étayer leur consentement.

Étayer la construction d'un consentement éclairé du soin est un éclairage de l'esprit qui implique que le sujet possède des informations à propos du droit de la santé, de la charte des patients hospitalisés...mais aussi des informations sur l'anatomie du corps, sur les pathologies les plus communes et leurs traitements, un lexique du vocabulaire usité en médecine²¹⁵, voire des vidéos pédagogiques, et des affiches sur le fonctionnement du service...Pourtant dans les salles d'attente des services d'urgence, et celles des praticiens en général, peu de lecture assimilable facilement sur ces thématiques. Parfois des affiches au mur...

Généralement les magazines proposés sont des tabloïds dont la lecture ne conforte pas le patient dans ses savoirs²¹⁶, alors que de disposer de supports objectifs permettrait une mise à distance critique pour favoriser le dialogue, et éclairer le soin.

De même disposer d'un traducteur de langue, ou d'images illustrant les soins...offrirait davantage de compréhension pour qu'une patiente ne pratiquant pas le français, ou s'exprimant en langue des signes (beaucoup de personnes malentendantes maîtrisent difficilement le français écrit) puissent donner lucidement ou non son consentement.

Rien de tout cela n'est révolutionnaire et cela ne remplacera pas le dialogue avec les soignants. Par contre, cela peut démythifier la pathologie et rectifier des informations glanées sur internet, cela peut préparer la consultation et les questions à poser, cela peut permettre surtout de donner une permission explicite au soin, tout comme cela peut participer à apaiser les plus exaspérées de savoir que sur dix blouses blanches entrevues une ou deux personnes seulement est médecin en compétence d'établir un diagnostic²¹⁷. Et cela permettra toujours à défaut de former le jugement, d'occuper pendant un certain temps l'esprit.

prise en charge inférieur à 4h. C'est le cas pour 78% des patientes qui se présentent aux urgences de l'hôpital Paule de Viguier. Le temps moyen de prise en charge en secteur est de 176 min sur la filière gynécologie, 135 min sur la filière obstétrique. Seules 2,5% des patientes partent sans être vues. »

215 « *Les perles des urgences* » rapportées par Philippe de Boërio, nous permettent de rire de l'ignorance et la méconnaissance de nos contemporains sur tous ces domaines. (2019) Leduc.s Editions

216 Chez les vétérinaires nous trouvons des magazines spécialisés sur les animaux, des vidéos sur leurs différentes pathologies, des explications pour comprendre son animal de compagnie pour s'en occuper correctement... Il est fort déplaisant peut-être d'établir un parallèle avec ces soignants du monde animalier. Pourtant ne proposent-ils pas un modèle pertinent de pédagogie envers leur clientèle (ne soyons pas dupes cependant d'un certain aspect mercantile de la démarche) ?

217Ce qui était courant durant mon stage.

Cela n'exclut pas d'autres divertissements de l'esprit mais quand le réseau téléphonique est déficient ou que les patientes ne possèdent pas d'iPhone ²¹⁸...cela participerait à éclairer la parole à donner.

Deuxième entrave : les convictions de la patiente

A contrario, il existe des situations où les patientes se présentent aux urgences, donc ont validé la démarche de consentement médical, mais refusent d'emblée les soins pour des raisons religieuses, culturelles ou familiales qui échappent au rationalisme cartésien de nombre de praticiens.

Il est certain que les services d'urgence n'ont pas pour finalité de satisfaire toutes les attentes des usagers notamment dans le choix du sexe des praticiens. Sachant que le sexe ne remplace pas les compétences médicales et soignantes, la conscience professionnelle et déontologique ni les capacités d'empathie.

En revanche prendre en considérations les craintes de ses patientes, entendre leur rapport au sacré, ou leur éducation me semble primordial pour la réussite de leur prise en charge. Ce que notre culture occidentale, et déchristianisée voit comme un obstacle à la réalisation normale d'un soin en gynécologie et obstétrique, oublie que durant des siècles en France, c'étaient les « bonnes femmes, les sages-femmes » qui s'occupaient des soins à donner aux autres femmes.

Si la médecine moderne n'avait pas exclusivement réservé cette discipline aux hommes, le problème serait moins prégnant. Face à cela, les femmes occidentales ont appris à se taire, et à se soumettre à ce discours, regard et toucher masculin. Ceci est aussi une entrave assimilée, qui peut être levée par le choix en libéral de sa praticienne, mais qui aux urgences ressurgit quand la patiente est contrainte de s'y rendre par défaut de praticiennes en libéral au moment de la crise.

Si la déontologie est là pour garder la dignité des personnes, la peur, et des expériences désagréables passées avec un gynécologue confirme pour la patiente qu'elle est parfois de peu d'envergure contre la tentation de domination²¹⁹ sexiste ou patriarcale (qui d'ailleurs n'est pas du seul fait des hommes, mais d'une attitude). On peut ajouter qu'il n'est

218 Toutes les patientes rencontrées ont rapidement délaissé leur iPhone, bien souvent aspirées par les conjectures de leurs pensées.

219 Sur cet aspect du problème les travaux déjà cités de : Gineste Coline, Marcilly Amandine et Maury Mélissa, Winckler Martin, le rapport du HCE sont suffisamment documentés et explicites.

pas non plus nécessaire d'avoir des convictions religieuses quelconques, pour préférer que ce qui a trait à la sexualité et la reproduction soit partagé avec un sujet vivant cette expérience commune dans sa chair(cela n'assure pas non plus de l'empathie ou de la sollicitude de la praticienne).

Comme nous en avons déjà émis l'hypothèse, utiliser le temps d'attente en proposant à la lecture une explication des soins, leur déroulement, le rapport à l'intimité, la présence possible mais non systématique de professionnels de sexe féminin, des textes de référence de différentes obédiences, de professionnels féministes²²⁰ me semble reconnaître la dignité des personnes tout autant qu'une affiche indiquant la stricte nécessité d'accepter le praticien, bien que cette dernière ait aussi toute son importance informative.

Ce qui pour les professionnels des urgences apparaît comme une entrave à leurs pratiques, et si parfois pour certaines patientes se sont des obstacles à leur propre autonomie, il me semble que ce serait une erreur de considérer la religion, la culture ou l'éducation sous ce seul point de vue.

Effectivement des us et coutumes différents du milieu socio-économique, laïc, urbain, et technicisé des hôpitaux français peut se voir comme un empêchement à la pratique médicale actuelle. Pourtant les références religieuses, culturelles... sont fondatrices des représentations des patientes, et en tant que telles elles sont constitutives de leur dignité et du sentiment qu'elles en ont, les ignorer, passer outre, peut être vécu comme un manque de respect. Et ce sentiment peut-être d'autant plus vif qu'il insiste parfois sur une vulnérabilité sociale ou culturelle vécue dans le quotidien des patientes. La permission au soin devient alors vraiment problématique si les soignants non pas de savoirs adéquats (religieux, culturels, philosophiques, linguistiques), et que la situation de crise s'intensifie.

Les soins gynécologiques, le suivi de la maternité et de l'accouchement, voire les arrêts de grossesse et les expulsions ou accouchements qui suivent ne semblent pas traités de façon à toujours prendre en considération ces représentations fondamentales du sujet. En revanche, lors d'un décès à l'hôpital, les soignants respectent la dignité de la personne en donnant les derniers soins en fonction de ses références religieuses. Il y aurait là un questionnement à mener.

²²⁰Femme ou homme qui prend position pour la cause des femmes dans le souci du respect de la dignité des personnes, et de l'égalité des droits.

De surcroît, dans les services d'urgence, on ne dispose pas du temps du bavardage. Cette parole libre et sans finalité qui consiste simplement à accueillir l'autre. Une parole qui meuble le temps qui passe, qui se transforme parfois en explication, ou en traduction. Un(e) *médiateur/médiatrice*²²¹ formé(e) à l'écoute active²²², ou un(e) psychologue²²³ serait sans conteste très sollicité(e), et les soignants seraient libérés de la tension de devoir apaiser les peurs et l'agressivité des patientes et de leurs proches²²⁴. La salle d'attente deviendrait une antichambre, un parloir préparant un dialogue éclairé et une *donnation* de la permission de soigner. Mettre à profit le temps perdu de l'attente, pour gagner du temps lors de la consultation.

b) *Les délimitations fondatrices de la dignité de la patiente*

La *donnation* éclairée et libre du consentement de la patiente, astreint cette dernière à un travail sur elle-même qu'elle ne peut débiter sans un enseignant qui éveille à cette obligation. Il ne s'agit bien évidemment pas de donner un cours théorique et abstrait, alors qu'elle est dans un service d'urgence, qu'elle a peur ou qu'elle souffre. Il s'agit de réveiller ce sursaut de la dignité due à soi-même de ne pas s'ôter sa propre liberté. « Renoncer à sa liberté c'est renoncer à sa qualité d'homme [de femme...], même à ses devoirs [...] c'est ôter toute moralité à ses actions que d'ôter toute liberté à sa volonté.²²⁵ » écrivait déjà au XVIII^e Rousseau. Il ne s'agit plus de recueillir un aval protecteur d'éventuelles poursuites judiciaires pour le soignant.

Un partenariat thérapeutique :

221 C'est le rôle qui finalement c'est imposé à moi durant ma semaine de stage, qui sans ma formation professionnelle et rogérienne à l'écoute active (APC), aurait été difficilement supportable.

222 L'écoute rogérienne du nom du psychologue Carl Roger qui a initié cette méthode d'écoute active reposant, sur la bienveillance, l'absence d'interprétation, la reformulation, le centrage sur la personne et son ressenti, l'absence de jugement moral, et l'a priori que ce qui est dit est vrai.

223 « Les urgences ne doivent pas devenir les scènes de psychodrames sauvages. De sorte que travailler au sein d'un tel service implique de tenir compte de l'opacité du fait psychique, afin que celui-ci ne vienne pas interférer avec l'acte médical comme tel, sans pour autant l'évincer. C'est en lieu et place où se mêlent douleur physique et souffrance psychique que la clinique du sujet au travers de la figure du psychologue clinicien trouve son efficience ». Pardo, Eléonore, *Op. Cit.* p 122

224 Les aides-soignantes affectées au tri des patientes, à l'accueil du service d'urgence de mon lieu de stage, m'ont signifié que ma présence (par l'écoute et les explications données sur le fonctionnement du service notamment) auprès des patientes en salle d'attente, c'était ressentie par une nette diminution de l'agressivité envers les soignants.

225 Rousseau, Jean-Jacques : *Du contrat social*, (1966) Garnier-Flammarion p 46

Le changement de perspective depuis la loi du 4 mars 2002, établit le patient comme acteur des soins et de sa guérison, et permet la reconnaissance de son autonomie. La loi HPST de 2010²²⁶ va plus loin dans le déploiement de l'autonomie du patient puisqu'elle permet « de donner un cadre législatif à l'éducation thérapeutique du patient [...] et qu' « elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie²²⁷ » ; ce dispositif ne concerne que les maladies chroniques²²⁸. Ces pathologies sont par exemple : les maladies non-transmissibles comme le diabète, l'asthme, l'insuffisance rénale chronique, les maladies cardiovasculaires, certains cancers, la sclérose en plaques ou encore une spécifiquement féminine : l'endométriose.

Ce dispositif n'est pas à appliquer aux services d'urgence, cela va de soi. Toutefois il souligne l'importance pour le législateur de l'autonomie du patient dans sa propre prise en charge. Il ne s'agit donc pas de s'apitoyer sur la maladie parfois très invalidante. Il s'agit de transmettre au patient les moyens de son autonomie, de le rétablir autant que faire se peut, dans le sentiment de sa dignité. Les soignants dans cette démarche deviennent explicitement des pédagogues et des didacticiens. Ce partenariat thérapeutique renouvelle la relation médecin-patient. Cet état d'esprit novateur en essaimant dans d'autres domaines du soin notamment dans les services d'urgence spécialisés ouvre de nouveaux horizons.

Regarder la patiente admise aux urgences, et l'entendre comme partenaire induit de lui transmettre plus qu'une information. C'est transformer cette information en un savoir efficient. L'information peut être reçue n'importe où et parfois mal perçue. Le rôle d'un soignant comme celui d'un enseignant consiste à donner les moyens d'« intérioriser le sens²²⁹ » de l'information, d'en faire un savoir dans l'idée qu'il vaut mieux une « tête bien faite que bien pleine²³⁰ ».

226 Cette loi promulguée le 21 juillet 2009 porte la réforme de l'hôpital relative aux patients, à la santé et aux territoires. Elle est plus connue sous l'expression « Hôpital, patients, santé et territoire » dite aussi loi Bachelot.

227 Site internet de la Haute Autorité de Santé : <https://www.has-sante.fr/.../programmes-d-education-therapeutique-du-patient-la-has>

228 « Les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement. Responsables de 63% des décès, les maladies chroniques (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancer, affections respiratoires chroniques, diabète...) sont la toute première cause de mortalité dans le monde. Sur les 36 millions de personnes décédées de maladies chroniques en 2008, 29% avaient moins de 60 ans et la moitié étaient des femmes. » OMS https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/

« L'impact de la maladie sur la vie quotidienne dépasse largement les domaines de la santé et du soin. Améliorer sa qualité de vie et être plus autonome, c'est aussi pouvoir accéder à un emploi ou s'y maintenir, participer à une vie sociale et vivre le quotidien avec plus de facilité. » *Vivre avec une maladie chronique* - Ministère des Solidarités <https://solidarites-sante.gouv.fr/...maladies/maladies/vivre-avec-une-maladie-chronique>.

229 Serres, Michel : *Pantopie : de Hermès à petite Poucette*. Editions de Noyelles (2014) p 340

Le colloque singulier devient ce lieu idéal où cette mutation peut avoir lieu. L'information lue, entendue, recherchée sur internet auparavant mais aussi dans les documents mis à disposition dans les salles d'attente, ou par la discussion avec le médiateur, le psychologue du service...peut grâce à la demande du soignant aboutir à un savoir critique. Demander à la patiente non pas seulement de décrire ses symptômes mais de formuler ce dont elle pense souffrir, c'est à la fois la reconnaître dans son corps et dans son esprit.

Cela ne signifie pas une perte de temps, ce n'est qu'une question de plus dans la consultation. En revanche, cela change la vision de la patiente. Elle est considérée dans sa globalité : pour qui elle est, pour ce dont elle souffre et pour ce qu'elle en pense. Le soignant peut alors valider l'information et confirmer le savoir, ou rectifier l'information et en vérifier la compréhension par sa reformulation. Il peut aussi combler son ignorance si elle n'a pas la moindre représentation de son mal.

La consultation n'est plus recueil d'un consentement ou d'une permission pour un soin, elle offre l'occasion à la patiente d'exprimer sa réalité, et d'expérimenter son autonomie. Donner la parole en premier à la patiente sur la représentation de ce qu'elle vit, c'est reconnaître un partenariat dans le soin. Dans cet esprit-là, la *donnation* du consentement concrétise la reconnaissance de la dignité de la personne.

Permettre cet accompagnement dans la compréhension, c'est « accompagner [le sujet] vers davantage d'autonomie, et donc davantage de responsabilité.²³¹ » et citant Lévinas, l'auteur poursuit : « Je suis responsable même de la responsabilité d'autrui²³². ».

Vulnérabilité et responsabilité :

Dans un service d'urgence qui a pour mission de répondre à la vulnérabilité engendrée par la sexualité, la contraception, l'interruption de grossesse, la grossesse, l'arrêt de grossesse ... ont pour conséquence de redoubler cette responsabilité. Être responsable c'est répondre de soi, c'est aussi répondre à quelqu'un. La sexualité et la reproduction obligent à cette double responsabilité : pour la femme, pour l'enfant. Au-delà d'une responsabilité juridique, il s'agit

230 Montaigne, Michel Eyquem de : *Essai XXVI, Livre I* cité par André Lagarde et Laurent Michard dans *XVII^e Siècle*, Bordas (1970) p 208

231 Beauvais Martine, « *Des principes éthiques pour une philosophie de l'accompagnement* », *Savoirs*, 2004/3 (n° 6)p 6

232 Ibidem p 6

d'une « responsabilité au regard de l'humanité [...] qui concerne tout être humain conscient de son humanité et désireux d'en être digne [...] sentiment de responsabilité²³³ ».

En suivant l'analyse de Martine Beauvais²³⁴, nous pouvons retenir deux autres principes à développer vis-à-vis de l'éducation à la *donnation* du consentement. Cette éducation qui est avant tout transmise par le médecin référent du parcours de soin depuis les consultations de l'enfance, et qui si elle est vécue devient le mode relationnel avec tout homme/femme de l'art. D'après l'auteur c'est deux principes sont : la retenue et le doute.

Des patientes soignées par un médecin référent-accompagnant et partenaire du soin de leur existence depuis des années, sont éduquées à la *donnation* de leur consentement. Cette relation du médecin qui est partenaire de sa patiente lui signifie sa responsabilité tout en reconnaissant sa dignité et soutenant sa vulnérabilité. Il y a certes un contrat médical, mais cette démarche de partenariat-accompagnement transcende le simple contrat. Elle relève d'une dimension morale et éthique supérieure, identique à celle du maître pour ses disciples²³⁵.

Tout médecin qui prend position comme partenaire du soin, permet de ne pas confondre ses convictions et la vie de la patiente. Cette retenue « [...] c'est laisser davantage d'espace et de temps à soi et à l'autre pour penser, pour douter [...]»²³⁶, c'est se tenir à la « juste distance²³⁷ ».

Cette éducation médicale acquise et actée favorise la confiance par le doute. S'adresser à un médecin qui doute, cherche, discute...conduit le patient à pratiquer lui-même le questionnement. La confiance n'est plus absolue mais lucide, l'erreur, l'ignorance y ont leur place. La *donnation* du consentement est alors réfléchie.

Bien évidemment, cela ne s'acquiert pas en un instant, ni en quelques années. Cependant quand cette pratique est commune à la patiente et au médecin, comme elle peut l'être entre un enseignant et un professeur, le dialogue est authentique et le principe hippocratique *primum non nocere*²³⁸ est fondé.

233 Ibidem p 6

234 Ibidem

235 J'entends ici une relation où comme dans l'Antiquité, le disciple choisissait son maître en philosophie. Ce dernier n'ayant ce rôle que par la volonté de celui qui accepte de recevoir son enseignement. Lire une quelconque relation de contrainte ou de soumission trahirait ma pensée et celle de la philosophie.

236 Ibidem p 7

237 Ibidem p 8

238 Premièrement ne pas nuire

Une telle culture de la relation médicale change la *donnation* du consentement. Nous pouvons penser qu'éduquée à donner son avis et sa permission au soin, la patiente (en-dehors des cas de perte de la conscience et de la cognition) même admise dans un service d'urgence où sa vulnérabilité est exposée, demeure en capacité de l'exprimer si la parole lui est reconnue.

Le médecin comme le philosophe sont le *pharmakon*²³⁹ de l'expression de l'autonomie du sujet. Ils possèdent par leur art et leur parole les moyens de faire advenir autrui à l'expression de sa parole, ou ils peuvent le réduire au silence par leurs convictions et la maîtrise de la rhétorique, pas nécessairement dans l'intention de nuire, seulement pour gagner du temps.

Si ce temps est apparemment gagné dans l'instant il peut être perdu dans une autre circonstance où le sujet refusera un soin pour ne pas perdre la seule liberté qui lui reste, celle de s'opposer. Si le consentement n'est qu'assentir à la décision d'autrui, demeurer libre pour le sujet c'est dire non.

Eduquer à la *donnation* du consentement lors d'une consultation aux urgences c'est mettre en œuvre tous les moyens du soin. En amont de la consultation mettre en œuvre les moyens d'un dialogue par l'apport d'informations qui deviendront savoirs. C'est durant la consultation, donner la parole pour assimiler les informations et demander la permission d'agir sur le corps. C'est après la consultation²⁴⁰, donner à la patiente par l'écoute les premiers moyens de résilience nécessaires à sa guérison si sa pathologie l'y contraint²⁴¹. La vulnérabilité de la patiente n'est plus vécue alors comme une restriction de sa liberté, mais comme la nécessité d'en devenir responsable et maintenir le sentiment de sa dignité.

239 A la fois : le remède et le poison, ce qui soigne et ce qui tue.

240 « Le résultat du bilan prescrit en amont nécessite au moins 1h d'attente pour connaître les résultats. Bien sûr, ces chiffres sont des moyennes, et ne tiennent pas compte des pics d'activité que peut connaître le secteur » mail de Marjorie Botz, *Op. Cit.* Annexe p 38-39 du *rapport de stage*

241 Comme la révélation d'un arrêt de grossesse, la décision d'une IMG (interruption médicale de grossesse : le fœtus présente des anomalies, une pathologie à venir, il peut être viable ou non. L'interruption de la grossesse est possible jusqu'au terme par les mêmes moyens que l'IVG ou par accouchement si la grossesse est avancée) ou d'une IVG (interruption volontaire de grossesse, pour des raisons non médicale la femme n'envisage pas de développer une grossesse ; L'interruption doit avoir lieu la fin de la 12e semaine de grossesse, soit 14 semaines après le 1er jour des dernières règles.).

Conclusion

En s'interrogeant sur « les limites au consentement médical en situation d'urgence dans le cas des urgences gynécologiques et obstétriques », nous avons montré que la spécificité de ce type de service hospitalier accueille des femmes quasi majoritairement conscientes et sans pathologie psychiatrique²⁴², que la très grande majorité ne sont pas en situation de péril imminent, ni ne présente de pathologies liées au grand âge²⁴³. Rien ne semble s'opposer alors au recueil d'un consentement libre et éclairé.

Pourtant, toutes les patientes écoutées m'ont confirmé l'idée selon laquelle ce recueil de consentement n'existait pas. Au mieux, elles m'ont signalé leur refus d'un soin²⁴⁴.

Par conséquent, le problème était de chercher à savoir ce qui pouvait en être la ou les causes, alors que le législateur a pourvu du cadre nécessaire le recueil du consentement. La question est devenue celle des limites de cette liberté. Comme les limites sont à la fois ce qui conditionne l'existence de la liberté et ce qui peut lui faire obstacle, nous sommes parvenus à l'idée qu'elles étaient à la fois externes et internes aux patientes.

De fait, le consentement médical s'inscrit dans ce double registre de la limite : originel et fondateur ou obstacle à dépasser, et externe ou interne à la personne. Nous pouvons synthétiser ainsi notre analyse :

Les limites fondatrices du consentement médical du point vue externe aux patientes sont :

1 : Le respect par les soignants des obligations du droit positif. A savoir de distinguer dans la pratique et dans le service des urgences, les situations qui présentent le caractère dérogatoire à la loi par l'existence d'un péril imminent avec ou sans une conscience altérée, et celles qui n'en relèvent pas (la très grande majorité).

2 : La prise de position de l'institution hospitalière et des soignants avant, pendant et après la consultation pour un partenariat thérapeutique qui implique :

242 Durant mon stage, je n'ai entendu qu'une seule patiente présentant des troubles psychiatriques qu'elle nommait. Elle venait régulièrement dans le service depuis plus de cinq, bien avant sa grossesse, et avait une dizaine de dossiers médicaux ouverts à son nom. Cela représente sur 82 patientes entendues : 1.21% et sur une moyenne de 400 patientes durant 5 jours : 0.25%

243 Rappel : celles qui consultent majoritairement sont âgées de 15 à 50 ans.

244 Deux patientes sur les 82 entendues.

-Une volonté pédagogique et didactique de transmettre des informations assimilables pour aboutir à un savoir utilisable par la patiente pour fonder son consentement.

-Une volonté d'entendre non plus le recueil d'un consentement, mais sa *donnation*. C'est à dire premièrement de formuler explicitement la permission de toucher le corps de la patiente par l'intermédiaire des mains ou d'ustensiles médicaux, et deuxièmement d'envisager tout consentement comme une *donnation* qui est faite par autrui et non comme un recueil administratif. Le refus constitue une *non-donnation*.

- Une volonté d'accompagner les patientes grâce à des professionnels de l'écoute active et bienveillante avant la consultation en permettant de modérer l'expression des émotions envahissantes, et après la consultation en permettant d'étayer leurs capacités de résilience et de consentement futur.

La limite fondatrice du consentement médical du point vue interne aux patientes est :

Une éducation médicale construite grâce au dialogue pratiquée depuis longtemps dans le colloque singulier du parcours de soin qui développe la responsabilité de soi, de sa santé et de sa guérison, et qui assure la juste distance nécessaire au doute et à la réflexion.

Les obstacles qui persistent et s'opposent à la donation ou la non-donation du consentement sont : *du point de vue externe aux patientes :*

1 : La question du temps accordé aux patientes. Pour amener à la donation du consentement, du temps est nécessaire. Or ce temps est tributaire de la gestion et de l'organisation du service par l'institution hospitalière et les organismes de financement. Les restrictions budgétaires, l'insuffisance de personnel soignant et/ ou de matériel sont un obstacle important.

2 : Un « paternalisme résiduel ou mimétique » dans la pratique, ou une éthique de la conviction de la part du soignant au mieux recueille la soumission de la patiente, au pire est vécu comme une atteinte à la dignité de sa personne.

Et du point de vue interne à la patiente, les obstacles perdurent par :

1 : Le désir de s'abandonner aux compétences d'autrui dans une confiance absolue mû par la peur et l'ignorance. Le soignant est tellement investi dans une telle représentation, que la moindre faille humaine sera ressentie comme une trahison.

2 : L'attitude de soumission face à l'institution et acquise par l'éducation prime encore sur les capacités d'accepter ou de refuser une parole ou un acte.

En somme, les limites à la donation du consentement des patientes dans un service d'urgence gynécologie et d'obstétrique, relèvent autant du cadre objectif et positif dans lequel évoluent les acteurs du soin, que de leurs subjectivités et leurs formations.

A ce stade de ma recherche, je suis convaincue qu'un certain nombre d'obstacles peuvent être déconstruits par la volonté des personnes dans la mesure où la vulnérabilité de tous les acteurs du soin est prise en compte. Certains autres empêchements ne pourront être dépassés que par une évolution dans la formation professionnelle et l'éducation générale et médicale des personnes. Quant aux obstacles matériels, c'est à l'Etat et à la société qu'ils incombent. On peut espérer que la conscience et la responsabilité politiques des citoyens et des décisionnaires pallient la situation de crise que traverse actuellement notre système hospitalier.

Le législateur et le médecin ont rejoint le philosophe. Autonomie et vulnérabilité ne s'excluent plus en théorie. La pratique de la liberté est encore en chemin.

Annexes

**(Mémoire) Annexe 1 : Rapport du stage réalisé du 4 février au 8 février
2019**

Hôpital Purpan Paule de VIGUIER

LE TEMPS DES URGENCES

Stage réalisé au service des urgences gynécologiques et
obstétriques

Tutrice du stage : Marjorie BOTZ
Professeur référent : Louis BUJAN

Rapport de stage d'Isabelle IMBERT
Année 2018/2019

Table des matières

Table des matières.....	2
Avant-propos :.....	4
Remerciements :.....	4
Descriptif du stage :.....	4
Ce stage d'observation avait pour objectifs.....	4
Les compétences à acquérir durant ce stage étaient de.....	4
Le cadre du stage.....	5
Les activités réalisées.....	5
Précision.....	5
Introduction :.....	7
I Le temps des soignants.....	9
1 l'espace et l'équipe des urgences comme déterminant du temps :.....	9
2 L'espace accaparé, les équipes saturées, le temps oublié :.....	11
3 Temps du soin, temps des soignants :.....	13
II Le temps des patientes.....	19
1 L'espace vécu comme possibilité : dehors-dedans.....	19
2 Le temps des patientes : la vraie et la fausse attente.....	22
3 Le temps du soin n'est pas toujours où on l'attend.....	24
III Urgence et temps : pallier le manque.....	28
Conclusion :.....	31
Bibliographie :.....	33
Essais :.....	33
Codes :.....	33
Articles :.....	33
Annexes :.....	34
(Rapport de stage) Annexe 1.....	34
courriel reçu après mon stage, envoyé par Mme S.T :.....	34
(Rapport de stage) Annexe 2.....	36

Fin du Rapport du stage réalisé du 4 au 8 février 2019.....38

Avant-propos :

Remerciements :

Je tiens en tout premier lieu à remercier l'équipe des urgences gynécologiques et obstétriques de Paule de Viguier (et particulièrement madame Marjorie Botz) qui en dépit d'un emploi du temps partagé entre les services de Purpan et Ranguel, et d'obligations multiples, a su m'accueillir, me laisser prendre une place et échanger.

C'est dans un esprit empreint d'un grand respect pour le travail qui est effectué dans ce service que je vais rédiger ces quelques pages. Aussi, quelles que soient les observations que j'ai pu réaliser, et leurs retranscriptions ici c'est dans le but d'apporter ma modeste contribution à l'exercice fort éprouvant qu'est le quotidien des urgences. Aussi s'il y a des maladresses dans ces lignes, voyez-y la marque d'une profane et néophyte en votre spécialité, mais surtout je n'ai porté aucun jugement de valeur.

Descriptif du stage :

Ce stage d'observation avait pour objectifs

L'observation et l'acquisition de la compréhension du fonctionnement et du rôle des acteurs de soin au sein d'un service d'urgence hospitalière.

Le recueil de la parole, des impressions, du ressenti des différents acteurs de soin sur l'expression du consentement ou du refus de soin (cause, contexte, formulation...) et son rapport au temps (temps de l'arrivée, de l'attente de la prise en charge, de l'écoute...).

L'observation et le recueil de données verbales et non verbales des différents acteurs de soin centrés sur le recueil du consentement ou du refus de soin par la patiente.

Les compétences à acquérir durant ce stage étaient de

Développer des capacités d'écoute et de reformulation permettant une analyse des attentes des patientes, et des différents acteurs de soin dans la démarche de recueil du consentement ou du refus de soin au sein du service.

Développer des capacités rédactionnelles en vue d'élaborer une synthèse signifiante de la problématique spatio-temporelle dans le cadre du recueil du consentement ou du refus au sein d'un service d'urgence.

Le cadre du stage

Le stage s'est déroulé du lundi 4 février 2019 au vendredi 8 février 2019, les trois premiers jours de 14h à 21h, et les deux derniers jours de 7h à 14h. Durant ces cinq jours, j'ai logé à l'internat de médecine de l'hôpital, ce qui m'a permis une immersion complète dans l'univers d'un grand hôpital.

De plus, je portais la blouse blanche des médecins, et un badge précisant mon nom, ma fonction, et mon université de rattachement.

Les activités réalisées

Durant ces cinq jours de présence aux urgences, j'ai entendu et recueilli les propos de 82 patientes âgées de 15 à 50 ans, dans le cadre de conversations informelles mais dirigées, dans le but de recueillir leur vécu par rapport aux objectifs annoncés précédemment.

Parfois, l'entretien ne dépassait pas quelques minutes, parfois il durait au-delà de 20 minutes et se poursuivait au fil des consultations. Quelques patientes ont tenu à me revoir avant de quitter le service, et une a demandé mon adresse mail pour témoigner de ce moment²⁴⁵. Ces échanges ont eu lieu dans les deux salles d'attente du service.

Il m'a aussi été possible d'avoir quelques échanges avec l'équipe soignante, mais les activités aux urgences ne permettent de longs échanges pour ne pas perturber les activités. Deux aides-soignantes et une sage-femme ont accepté de me parler.

Le médecin m'a autorisée après consentement de la patiente à assister à une consultation. Il en a été de même avec une sage-femme. Dans les deux cas, rien d'intime n'a été exposé à mon regard.

Précision

Si la finalité du stage était de prendre conscience et de vivre au plus près de la clinique pour que notre mémoire de fin de master ne soit pas pure théorie et rhétorique concernant notre sujet d'étude, l'attente de ma tutrice était précise. En effet, Marjorie Botz était intéressée par mon profil d'étude ni médical ni technicien. Un regard différent, philosophique, du vécu des patientes dans son service lui apparaissait comme un moyen supplémentaire d'étayer des

245 Le document est joint en annexe page 21

hypothèses qu'elle avait commencé à initier. Aussi je me suis sentie en responsabilité de rendre compte au plus près de son attente qui était : « de connaître le vécu des patientes dans le temps des attentes » et non pas seulement la question du consentement nécessaire à la rédaction du mémoire de fin d'étude. C'est pourquoi la question du temps est devenue centrale dans mon écoute, révélant par-là que la dimension des limites au consentement au soin était concomitamment voilée et dévoilée par cette approche. En effet, la question du temps est intimement liée aux limites du consentement au soin. Autrement dit, plus l'attente est longue et angoissante moins la patiente est en mesure de consentir en pleine connaissance au soin et a fortiori de le refuser. Je précise que je n'ai été investie d'aucune mission d'audit, je n'en ai ni le goût ni les compétences.

Introduction :

L'enquête réalisée en Juillet 2018 par Mme Marjorie Botz dans le service des urgences gynécologiques et obstétriques de L'Hôpital Paule de Viguier de Purpan, montre que la question du temps passé aux urgences était cruciale. Comment est-il vécu ce temps des urgences par les patientes ? Avant, pendant, après la consultation, qu'est-ce qui se joue durant ce temps pour la patiente, entre la patiente et l'accompagnant(e), avec les soignants ? Cela a-t-il un impact sur le fonctionnement du service ? Sur la prise en charge de la patiente ?...

Autant de questions qui se sont éclairées au fil des rencontres et des échanges. C'est à partir de cette immersion dans le temps vécu aux urgences par les patients et les soignants que je me propose de vous exposer ma lecture du phénomène.

Tout d'abord, il me semble qu'une petite révolution copernicienne à l'image de celle pratiquée par Emmanuel Kant²⁴⁶, s'impose. Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé²⁴⁷, le patient est devenu l'acteur principal de la prise en charge du soin, cela lui octroie le droit de consentir ou de refuser un soin, et exige du praticien de recueillir cette parole et d'agir en conséquence. Ceci est en soi révolutionnaire ou au moins évolutionnaire dans un système hospitalo-centré où domine parfois encore le patriarcat médical. Aujourd'hui toutefois un nouveau paradigme, ou au moins une nouvelle perception des acteurs du soin devrait se faire jour.

En effet, la politique de santé publique qui a peiné à exister en tant que telle, (l'État ayant dévolu la charge des malades aux institutions religieuses dans les siècles précédant la révolution industrielle) est à notre époque une des préoccupations principales des citoyens et des élus. Le système de soin en France longtemps considéré comme l'un des plus performants au niveau mondial, tant du point de vue de l'offre de soin, que de leur qualité et de leur financement, est en difficulté face aux exigences économiques, restrictions budgétaires et pénurie de personnels soignants et s'essouffle à se maintenir.

Ce contexte socio-économique émaillé de grèves et de manifestations des personnels soignants, amène à recentrer mon regard, non plus sur le patient, dont la santé est la finalité du

246 Kant, E (1986) Critique de la Raison pure. Préface de la seconde édition. Paris:PUF, p19

247 Autrement appelée loi Kouchner

soin, mais sur l'action du soignant, qui va prendre en charge la vulnérabilité de la personne. Or si la souffrance ne peut disparaître de la condition humaine, si le patient par essence existera toujours, il n'en est pas de même pour le soignant dont c'est la profession, la spécialité autant théorique que pratique, l'art de soulager. Si les institutions de santé sont importantes dans la gestion de la santé d'un territoire, sans soignants, elles sont caduques.

Tous les pays en zone de guerre, d'urgence environnementale, en voie de développement ...ne bénéficient pas des structures de soin, pourtant on y soigne. La douleur à apaiser et la santé à recouvrer sont les défis des soignants des différentes ONG qui pallient les politiques publiques de santé des États défailants ou fragilisés. Elles mettent en exergue « l'irremplaçabilité » des soignants non des institutions. Ce sont les personnes qui savent soigner, qui font la clinique qui assurent le fondement de toute institution soignante. Omettre les cliniciens c'est, à mon sens, vider les lieux de soin du soin, voire pire les rendre potentiellement maltraitants²⁴⁸

Aussi il me semble qu'avant de mettre en lumière le temps des patientes aux urgences gynécologiques et obstétriques de l'hôpital Paule de Viguier, c'est avant tout celui des soignants qu'il faut interroger, même si pour ce faire peu d'informations sont à ma disposition n'ayant pu réaliser que de très courts échanges.

En premier lieu, ce sera le temps et l'espace des soignants que nous essaierons d'éclairer, comme conditions préalables à toute prise en charge soignante.

Puis nous verrons, ce que la parole des patientes apporte à cet éclairage, et quel est leur temps et leur espace vécus aux urgences.

Nous essaierons ensuite d'élaborer très humblement quelques pistes de réflexion pour agir sur le temps de l'urgence au service des urgences, avant de conclure.

²⁴⁸ce que nous montrent malheureusement l'actualité de certains EHPAD Établissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante, circulaire du 23 juillet 2010 pour le renforcement de la lutte contre la maltraitance en EHPAD, suite à l'article 118 de la loi HPST de juillet 2009

I Le temps des soignants

1 l'espace et l'équipe des urgences comme déterminant du temps :

L'espace et le temps sont les cadres a priori de toute expérience possible, de toute perception de notre environnement comme nous l'apprend Emmanuel Kant²⁴⁹. Cela signifie que nulle réflexion sur un phénomène ne peut s'inscrire hors du champ de nos intuitions sensibles. Vouloir cerner une réalité, cela nous amène à interroger l'espace dans lequel elle existe, puis le temps dans lequel elle évolue. Ainsi s'interroger sur la pratique du soin en situation d'urgence, conduit à mettre en lumière le(s) lieu(x) des urgences et ensuite le(s) temps de l'urgence.

Pourquoi parler d'espace alors que le sujet porte avant tout sur le temps ? N'est-ce pas un hors sujet ? On pourrait le penser. Or l'espace précède le temps en ce sens, que pour le sujet il lui faut advenir à l'existence, à l'extériorité pour s'inscrire dans l'évolution et le changement. En d'autres termes, il faut naître, advenir dans un espace pour y percevoir les changements. Sans espace où se déroule la succession des changements, il nous est humainement impossible de percevoir le temps, et sans autrui je n'accède pas à sa valeur²⁵⁰.

C'est pour cette raison que le temps des urgences est intimement lié aux lieux et aux personnes où est prise en compte cette urgence, au point que la plainte deviendra urgence ressentie ou urgence lourde, impliquant une prise en charge différenciée. L'importance de l'espace qui implique les personnes qui y évoluent (car un espace vide n'aurait aucun sens ici si ce n'est celui de l'abandon) est telle que la façon dont il est habité, aménagé, structuré implique une modification des comportements²⁵¹. C'est pour cela que nous débuterons par l'expérience spatiale aux urgences.

249 Kant, E (1986) Critique de la Raison pure. Introduction et Théorie transcendantale des éléments. Paris : PUF, p 30 et suite

250 « [...] le temps n'est pas le fait d'un sujet isolé et seul, mais [qu'] il est la relation même du sujet avec autrui. » Lévinas E.(2011) Le temps et l'autre ,Lonrai : PUF-Quadrige, p 17

251 Les ressources en ce domaine sont extrêmement riches et variées que se soit sur l'aménagement d'une classe, d'un bureau, d'un paysage urbain, d'un territoire, d'une cité...bref tous les lieux habités par l'homme qui déterminent leurs agir et la possibilité de se mouvoir.

Les ressources en ce domaine sont extrêmement riches d'informations et variées que ce soit sur l'aménagement d'une classe, d'un bureau, d'un paysage urbain, d'un territoire, d'une cité... bref tous les lieux habités par l'homme qui déterminent leurs agir et la possibilité de se mouvoir.

L'impression des premiers jours s'estompant vite, ce sont les habits et habitudes de la fin de semaine qui priment dans ces quelques observations. Une fois les lieux repérés, on ne prend plus garde à l'environnement toujours neuf et angoissant pour qui vient aux urgences en situation de détresse ce dont nous rendrons compte ultérieurement.

Le service des urgences gynécologiques de Paule de Viguier sont aménagées le long d'un couloir, qui pour les soignants commence à la double porte automatique,²⁵² et se termine par la salle d'attente B : espace semi fermé donnant à la fois sur un couloir par une demi-cloison et fermé par une double porte à pousser incluant l'accès à des toilettes et portant sur un mur une télévision²⁵³, le tout encadré par des sièges dont l'ergonomie est souvent douloureuse pour les patientes. L'accueil administratif où se joue un deuxième « tri » des urgences est installé juste après la porte automatique franchie laissant dans le couloir des arrivées la première salle d'attente A, puis vient la salle des transmissions, les six salles d'examen et d'échographie, une salle encore en travaux, se répartissant de part et d'autre du couloirs, incluant un petit espace pour trois brancards et des toilettes.

Le bureau médical, est au cœur du fonctionnement du service, espace d'informations et de régulations des prises en charge par le classement des dossiers, constitués sur place ou récupérés auprès des autres services et par l'accueil téléphonique assuré par les sages-femmes. Trois ordinateurs destinés aux sages-femmes côtoient trois ordinateurs utilisés par les médecins tournant le dos à la large baie vitrée. Une multitude de casiers et classeurs. Un grand tableau blanc synthétisant l'occupation des salles et précisant le nom du médecin qui sera attaché au service pour la journée occupe tout un pan de mur.

Ici se croisent **deux aides-soignantes** qui assurent : l'entretien d'accueil à la fois administratif et « deuxième tri » entre urgence lourde et urgence ressentie (le premier tri étant effectué par les patientes dans le couloir des arrivées-salle d'attente A par un distributeur de

252 Tellement automatique comme me le feront remarquer les patientes, qu'elle s'ouvre au moindre passage sans discrimination des allées et venues qui irriguent tout le rez de chaussée.

253 Dont les patientes ne savent qu'elles peuvent en user librement, et qui fonctionne H24.

tickets de passage : « enceinte de plus de quatre mois » ou « autre »), la récupération aux archives ou dans les services des dossiers des patientes, la mise sur brancard pour les femmes en souffrance, le nettoyage et la préparation des salles de soins.

Trois sages-femmes confirmées accompagnées d'étudiantes, assurent l'installation des patientes, la prise des constantes, les premiers soins, le lien avec les équipes médicales et l'accueil téléphonique. Elles assurent aussi le suivi des grossesses à risque, le suivi des prélèvements, le soin des patientes en gynécologies et la réalisation des échographies. **Un médecin rattaché au service** (parfois **un interne sénior** supplémentaire) accompagné d'étudiants (qui s'ils n'ont pas suffisamment de pratique doivent attendre une confirmation du médecin pour valider leur diagnostic) assurent les diagnostics, les consultations et les urgences vitales.

Parfois plus de dix personnes sont présentes, dans ce même espace, pour seulement une ou deux en compétence de délivrer un diagnostic et le protocole de soins à suivre.

2 L'espace accaparé, les équipes saturées, le temps oublié :

Les patientes étant situées soit dans le « couloir d'arrivée-salle d'attente A », visibles seulement par caméra par les aides-soignantes de l'accueil, soit en attente de résultats ou de consultation à l'autre bout du couloir en salle d'attente B, échappent facilement au regard des soignants sans cesse accaparés par une nouvelle demande. Toutes les places assises peuvent être occupées dans les deux espaces d'attente et ce durant parfois plus de quatre heures pour certaines. Les consultations programmées nécessitent des résultats de prélèvements réguliers, et le temps est long entre les prélèvements et les résultats d'analyse.

En 2017 le nombre de patientes reçues était de 23884 et en 2018, 25464, soit une moyenne de plus de 65 patientes par jour qui est passée à plus de 69 par jour. Bien sur ce n'est pas comparable aux urgences générales mais les effectifs, les locaux et les pathologies ne le sont pas non plus. Les attentes sont telles certains jours qu'il est fort difficile de réguler les demandes sans amplifier l'angoisse pour les unes, et l'exaspération pour d'autres. Le réaménagement de l'espace d'accueil des urgences a permis d'améliorer la confidentialité et la sécurité du personnel en le soustrayant des regards directs des nouveaux arrivants.

Pour exemple : le lundi 4 février 2019, ce sont 71 patientes qui ont été reçues en 24 heures soit trois patientes par heure, donc vingt minutes chacune cela semble suffisant. Mais c'est à partir de midi que la présence est devenue exponentielle, sans compter les appels téléphoniques pour gérer la pertinence ou non d'une entrée aux urgences, la recherche des dossiers, les prélèvements, les consultations suite à des examens pratiqués auparavant ou des pathologies aux suivis particuliers (puisque dans ce service tous les moyens techniques sont réunis)...et il n'est ici pas même possible de s'étendre sur l'écoute²⁵⁴ or quand un fœtus décède à deux mois, à cinq mois de grossesse voire à terme, c'est la mort d'un bébé que l'on annonce à ses parents pas une simple cessation d'activité cardiaque, quoiqu'en dise le droit²⁵⁵.

Ce jour-là j'ai écouté sans interruption de 14h à 21h dans « le couloir-salle d'attente A » pendant 7 heures sans pause et n'ai pu entendre que 28 patientes, en prenant mon service tous les box étaient déjà occupés, il a fallu gérer avant de pouvoir prendre en charge : l'exaspération, la fatigue, la douleur, l'ignorance, la peur... Pour les soignants ce fut un jour sans pause et à cela, rien d'exceptionnel à leurs yeux. Une routine qui n'a rien de routinier.

Cependant, peut-on oublier ainsi son propre corps, ses besoins et sa vulnérabilité personnelle pour répondre à la vulnérabilité d'autrui sans y perdre le sens, la valeur et le goût de sa mission mettant en péril son existence ? C'est louable, mais comment tenir de telles exigences sur la durée ? Les jours qui ont suivi, le flux des patientes s'est encore accentué : 80 le mardi, 89 le mercredi...patientes avec une affluence accrue de la fin de matinée jusqu'en début de soirée...et ce sans ressentir la soif, la faim, la fatigue, l'urgence d'autrui devenant la sienne pendant 8 ou 12 heures consécutives suivant les plannings.

Cet espace assure le suivi des patientes arrivées aux urgences générales de l'hôpital Pierre-Paul Riquet de l'autre côté de l'avenue et redirigées vers ce service, il :

- Répond aussi à l'absence ou insuffisance de prise en charge par les médecins généralistes et gynécologues en milieu libéral de la ville et de la périphérie
- Assure le suivi des grossesses en dépassement de terme et à risque (mais aussi : suite de PMA, suivi de maladie auto-immune²⁵⁶)

254 J'ai écouté à plusieurs reprises des patientes désespérées par la nouvelle de cette perte, et soulagée de pouvoir le confier, de s'épancher, et pleurer.

255 Labrusse-Riou C. (2002) Revue internationale de droit comparé. Les droits de l'embryon et du fœtus en droit privé pp. 579-601 <https://www.persée.fr/>; et premier livre du Code civil français art 7 à 515-13

256 Cas de deux patientes rencontrées et interrogées

- Répond à l'envoi de patientes par le biais du planning familial, de la médecine scolaire ou du travail,
- Répond à l'envoi de patientes par les radiologues ou sages-femmes en libéral suite à un examen préoccupant, par un accueil insatisfaisant d'autres centres hospitaliers que les patientes ont fui (venant parfois d'un tout autre secteur fort éloigné comme Muret),
- Répond aussi à des besoins spécifiques par la spécialisation en niveau 3²⁵⁷ du service (patientes venant de Perpignan, de Tarbes...).

Peu de patientes en dehors de problématiques sociales (qui vont toutefois en s'aggravant dans le contexte économique et politique actuel : immigration, violence conjugale, SDF, étudiante sans ressource, faisant que parfois l'équipe se cotise pour payer un ticket de tramway) se présentent de leur propre chef sans un conseil téléphonique préalable de la part d'un médecin ou professionnel de santé²⁵⁸ durant les heures de consultations.

3 Temps du soin, temps des soignants :

Quand la consultation a lieu, le temps semble un moment suspendu. Une parenthèse s'ouvre où le soignant emplit pleinement l'espace. Si la blouse blanche est un laissez-passer des plus efficaces quelle que soit votre fonction²⁵⁹ et le lieu où vous vous trouvez dans l'hôpital et à l'extérieur, c'est d'autant plus vrai durant le soin. Le vêtement semblerait créer la fonction tellement l'attitude de la plaignante se métamorphose. L'attente du soin, du diagnostic, impliquant l'accès à la connaissance et les moyens d'agir, confèrent au praticien des qualités démiurgiques qui même mises à mal par un public davantage informé de science et de médecine, demeure en tant qu'individu, plaignant et patient. L'angoisse, la douleur exposent la vulnérabilité du sujet au grand jour. Sa dignité tient alors entre les mains, le regard et le discours du praticien. Dans ce colloque singulier, dans ce dialogue particulier se noue ou se délie la relation de confiance, préalable incontournable à l'efficacité du soin.

257 Ce qui signifie qu'il y a un service de réanimation néonatale

258 Liste établie à partir des propos recueillis auprès des 82 patientes entendues

259 Ce que j'ai pu expérimenter en la portant moi-même. Un pouvoir lourd de conséquences et de responsabilités. A propos de l'efficacité performative du discours Pierre Bourdieu écrit ceci : « [...]les agents détiennent un pouvoir proportionné à leur capital symbolique, c'est-à-dire à la reconnaissance qu'ils reçoivent d'un groupe[...] » Langage et pouvoir symbolique (2014). Lonrai : Points, Essais p 156

Ce peut être des heures d'attente pour ces quelques minutes. Néanmoins l'image des soignants du service est tellement positive dans la parole des patientes, de même que la confiance en la qualité du soin et du service rendu, et en la performance des techniques²⁶⁰, que l'exaspération de l'attente, fond comme neige au soleil. Il n'en est pas toujours de même pour les accompagnants dont la colère et l'agressivité nées de l'impuissance à secourir et de l'incompréhension du cas de deux patientes rencontrées et interrogées

Ce temps du soin, que l'on pourrait croire entièrement absorbé à la compréhension d'une douleur, d'un dysfonctionnement physique en vue d'un diagnostic, semble pourtant échappé à cette finalité. Le médecin consulte doit en quelques minutes se recentrer sur ce cas précis-là qui s'incarne et se personnifie. Mais il n'arrive pas à la consultation dans la seule finalité de soigner, il (elle) est aussi en charge d'enseignement. C'est ainsi, que le médecin m'a proposée de la suivre en consultation.

Après avoir salué la patiente devant la porte et une fois l'accord de la patiente donné pour ma présence et celle de l'étudiante en médecine, les gestes et explications techniques se sont enchaînés. La première parole adressée directement à la patiente fut une injonction : « déshabillez-vous : pantalon-culotte ». Puis après l'installation de la patiente sur la table d'examen : une deuxième injonction : « vous allez prendre une grande inspiration. », aucune demande de consentement à l'examen gynécologique ; et la seule question directe à la patiente, fut : « est ce que je vous fait mal ? ».

La consultation a duré juste cinq minutes, les explications ont été comprises par la patiente, mais comme elle me le fit remarquer un peu plus tard, d'un niveau de connaissance et de vocabulaire peut-être pas accessible à toutes : « follicules, corps jaune, ovulation ». Alors même que les gestes et le ton doux de la parole du médecin faisaient montre de sollicitude, ne pas lui avoir demandé la permission de la toucher, l'a gênée. Ce sont ces paroles après la consultation.

La difficulté pour le médecin d'agir aux urgences sans urgence car si la situation d'urgence n'exige pas de demander le consentement du patient²⁶¹, l'article R.4127-36 du Code

260 Ce qui signifie qu'il y a un service de réanimation néonatale
Liste établie à partir des propos recueillis auprès des 82 patientes entendues
261 Art. 16-3 du Code Civil

de la Santé Publique l'exige. Tout ne relève pas d'un risque engendré par « une accélération hors norme »²⁶², comment faire le tri alors si ce n'est en amont ?

De plus, la patiente, pourtant d'un niveau linguistique et socio-professionnel témoignant d'une maîtrise du discours et des relations supérieures à la moyenne, n'a pas su interrompre le médecin, ni lui demander ce qu'elle allait faire et comment. La patiente n'attendait que l'arrêt de sa douleur devenue insupportable dont elle ne comprenait pas la cause, et dont l'inconfort de l'attente amplifiait l'angoisse.

Auparavant, j'avais pu constater l'expression d'une douleur intense chez cette patiente en salle d'attente, j'avais pu la signaler à l'aide-soignante, et l'ayant fait allonger sur un brancard, son attente était devenue moins violente²⁶³, un lien s'était tissé, qui l'a conduite ensuite à apprécier ma présence lors de la consultation (il s'entend que je me suis toujours tenue derrière le rideau de la salle d'examen assurant l'intimité de la patiente hors de mon regard) .

Ainsi la technique du soin semble en avoir remplacé le temps, autant pour la patiente que pour le médecin. Pour l'une c'est l'urgence des obligations de service et d'efficacité car ici il n'y plus d'urgence lourde (pas de grossesse extra utérine, de torsion d'ovaire due à un kyste, ou de fausse couche hémorragique...) c'est alors une consultation sans danger pour la patiente²⁶⁴, c'est l'urgence ressentie, celle d'une cessation immédiate du phénomène douloureux. Le péril est toujours réel, grave souvent, imminent parfois.

Pour le médecin, c'est le retour en salle de transmission devant l'ordinateur, pour rédiger l'ordonnance. Pour la patiente c'est le retour sur le brancard, en attendant une perfusion d'antalgique. L'espace reprend le pouvoir sur la parenthèse de temps accordé.

L'actualité²⁶⁵ médicale et politique ayant mis en avant le risque de maltraitance potentielle dans les services de gynécologie et d'obstétrique, par la publication du rapport du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, a mis en lumière l'absence

262 Philippe.C, Jacques-Jouvenot.D, Desmettre.T, Guinchard.C, Chopard-dit-Jean. A, Binet. JR (2011) Approche multidisciplinaire de la vulnérabilité dans le contexte de l'urgence médicale, Revue générale de droit médical n°39 p 161

263 Consultation du jeudi 7 février 2019, patiente âgée de 48 ans.

264 Art L111-4 du Code de Santé public

265 Suite aux événements médiatiques de l'affaire Weinstein et aux réactions provoquées sur les réseaux sociaux : #MeToo et #balance ton porc,

fréquente du consentement des femmes avant un examen gynécologique²⁶⁶. Ceci ne signifiant pas pour autant qu'il y ait une volonté de maltraitance de la part du praticien²⁶⁷ bien que la situation que Martin Winckler décrivait déjà dans son roman le *Chœur des femmes* en 2009²⁶⁸, qu'il théorise dans son essai : *Les Brutes en blanc* en 2017 montrent toujours de grandes failles dans la prise en charge bienveillante des patients où il écrit : « Les médecins sont plus souvent docteurs que soignants. ».²⁶⁹

Il m'a aussi été proposé de participer à un examen avec une sage-femme ; là le contexte fut tout autre. La patiente ne s'exprimant qu'en espagnol et italien, mais accompagnée d'une femme de son entourage assurant une traduction approximative du discours, m'a sollicitée après que nous ayons entamé un dialogue en salle d'attente.

Cette patiente semblait apaisée de ma semi compréhension et c'est dans une scène que n'aurait pas renié le mime Marceau, que la sage-femme et moi-même avons donné les explications sur le prélèvement de sang, et la suite de la consultation, et que nous avons traduit le souci de la patiente.

Autant il me fut toujours aisé de tisser le lien avec les patientes, seule, autant en présence d'une professionnelle je me suis sentie fort mal à l'aise ne maîtrisant pas les limites de ce que j'étais autorisée à dire. Difficile de trouver ma place en quelques minutes. Mais la patiente en fut apaisée.

Ce temps-là, mathématiquement court aussi, eu une durée pleine et riche. Dépouillées de la facticité de la langue se sont nos regards, nos mains et nos voix qui ont trouvé le ton juste²⁷⁰. Pourtant on ne peut s'en remettre à tant d'aléatoire interprétatif pour exercer sereinement. Disposer d'une tablette informatique avec une application de traduction pour les étrangers, pour les personnes en situation de surdité, voire un logiciel avec des images pour les personnes illettrées en vue d'éviter les erreurs de compréhension et d'assurer la prise en charge adéquate, serait une aide dans le colloque singulier.

266 « [...]à ce jour, la formation initiale et continue des professions médicales demeure centrée sur la technique, au détriment de la relation humaine et du respect du consentement. » « Le consentement, point aveugle de la formation des médecins. » Rapport n°2018-06-26-SAN-034, voté le 26 juin 2018 du HCE, p5 et p52

267 Ce que martèle le professeur Israël Nisand, président du CNGOF, dans sa conférence du 11.01.2019 à l'Hôpital Pierre-Paul Riquet de Purpan, en gynécologie : « la bienveillance c'est se souvenir qu'on contrecarre l'intimité des femmes »

268 Winckler, M.(2014) *Le Chœur des femmes*. Barcelone : Folio-Essai

269 Winckler, M.(2017) *Les Brutes en blanc*. France: Points p16

270 c'est déroulé : le mercredi 6 février 2019 vers 18h

Le constat du manque de temps à consacrer à chaque patiente métamorphose le médecin, la sage-femme en prestataires de service, alors qu'ils sont avant tout les partenaires essentiels du soin, renforçant la confiance en l'équipe soignante et en la capacité de guérison du malade.

La grande distance techniciste, linguistique, associé à un temps minuté participeraient à créer un climat de défiance, le monde médical n'échappant pas aux suspicions du public nées des affaires touchant au monde la santé²⁷¹. Si le temps consacré au soin se mue en présence au patient, ce temps-là devient placebo annihilant l'effet nocebo de l'attente²⁷².

A contrario, le chronomètre semble être la cause première vécue à ce manquement à l'autre. De plus une longue habitude et une éducation acquise du pouvoir et de la hiérarchie de la « blouse blanche » a soumis les patientes à la parole du soignant. A cela s'ajoute encore, parfois chez les soignants, les restes d'un apprentissage mimétique hérité d'une pratique majoritairement paternaliste, et ce malgré la bienveillance et la volonté manifestes de secourir²⁷³.

Quant aux temps de pause, s'il vient à y en avoir, cela ne signifie pas absence de tâches à effectuer, mais seulement un rythme d'arrivée des patientes très espacé, des suivis qui s'effectuent sans bousculade ni course, pas de multiples urgences vitales concomitantes. Le temps de faire sans précipitation. Ce temps-là, devient celui de l'administratif pour les sages-femmes : mises à jour des dossiers, et classement, nettoyage de la salle de transmission, même les pause-café sont l'occasion d'échanger des informations ou des mises à jour des connaissances pour les novices. Pas de temps vacant. Au risque parfois, d'oublier de vérifier comment se portent les deux patientes du matin, admises en salle d'attente B depuis déjà deux heures²⁷⁴.

Ainsi parler du temps du soin, c'est nécessairement comprendre l'espace qui empiète sur la qualité de la présence quand il faut courir dans un autre service chercher le dossier archivé, comprendre l'espace qui génère l'agressivité quand face à un accueil vide les

271 « le Médiator, le distilbène, les prothèses PIP, le vaccin contre l'hépatite B et les SEP, » sans connaissance objective et rationnelle, il est laborieux et complexe pour un certain public de faire la part entre le bien fondé et des élucubrations scientistes.

272 Ce que déjà j'ai pu constater en expliquant les contraintes de fonctionnement du service aux patientes et à leur(s) accompagnant(e-s), leurs récriminations se métamorphosaient en compréhension voire en compassion pour l'équipe de soin. Se sentant écouté(e-s) et reconnu(e-s) en apportant des informations concrètes sur les soins en cours et les soignants effectifs, extrait la patiente (et son entourage) de l'inconnu, de l'anonymat et la(es) fait participer à une réalité préhensible.

273 Extrait de la discussion de bilan de stage ayant eu lieu avec ma tutrice, M. Botz, le jeudi 21 février 2019.

274 Matinée du vendredi 8 février 2019

patientes et les accompagnants pouvaient devenir agressifs. Parler du temps du soin, c'est nécessairement, prendre en compte le nombre de personnes capables de prodiguer la prise en charge. Parler du temps du soin, c'est prendre en compte la personne qui est soignée, mais aussi celle qui soigne. Aujourd'hui, il me semble que parler du temps du soin, c'est prioritairement envisager des conditions de travail et de réalisation de la vocation de soignant suffisantes et renouvelées pour qu'aucun ne détériore sa santé pour restaurer celle d'autrui même si cela n'est pas l'unique cause des difficultés.²⁷⁵

Qu'en est-il à présent du temps des patientes ? De leur espace-temps vécu aux urgences ?

Ce que déjà j'ai pu constater en expliquant les contraintes de fonctionnement du service aux patientes et à leur(s) accompagnant(e-s), leurs récriminations se métamorphosaient en compréhension voire en compassion pour l'équipe de soin. Se sentant écouté(e-s) et reconnu(e-s) en apportant des informations concrètes sur les soins en cours et les soignants effectifs, extrait la patiente (et son entourage) de l'inconnu, de l'anonymat et la(es) fait participer à une réalité préhensible.

275 Sous la direction de Holcman R. (2018) La souffrance des soignants. Malakoff : Dunod

II Le temps des patientes

1 L'espace vécu comme possibilité : dehors-dedans

Pour les patientes en souffrance, le temps de l'urgence ne débute pas avec l'arrivée au service des urgences mais bien en amont de cet espace. L'espace vécu modifie la temporalité. C'est loin de l'hôpital, loin de l'espace de soin que le mal naît, que le temps se fait urgence. Il a fallu parfois traverser la ville, la contourner par le périphérique, ou enchaîner les transports en commun, parfois accompagnée, souvent seule, parfois en taxi ou en ambulance, avec les pompiers. De fait, l'angoisse associée à la fatigue, au stress, dans certains cas à la douleur, fait apparaître l'arrivée dans le service comme un havre d'apaisement et de prise en charge, un port dans la tourmente. Or, suivant l'affluence des arrivées, suivant la disponibilité de l'offre de soin, et l'attente dans le couloir-salle d'attente A, ce peut être une grande désillusion, pas toujours. Quand désillusion il y a, alors s'amorcent parfois la colère, l'agressivité de certaines mais surtout des accompagnants impuissants, induisant la frustration et des efforts supplémentaires pour la souffrante : patience, négociation, apaisement...

Souvent, elles ont essayé d'éviter de se rendre aux urgences, justement pour ne pas vivre cette situation déjà connue *in situ* pour certaines, d'autres que par ouï-dire. Ceci est d'autant plus important, que l'espace parcouru pour parvenir jusqu'au lieu du soin, font de ce lieu le but ultime et non pas la première étape vers la prise en charge.

L'arrivée aux urgences Paule de Viguier, que cela soit par l'entrée générale, où l'accès direct au service d'urgence, pour les profanes c'est toujours grand, intimidant, source à la fois d'espoir (en une solution, une connaissance, un remède) et d'inquiétude (peur de se perdre, de n'être pas au bon endroit, d'être refoulée). Cette disposition d'esprit incite à s'épancher facilement quand je me présente avec la blouse blanche, alors même que je ne formule aucune demande d'informations sur ce qui relève du domaine médical et confidentiel. L'espace imaginé comme un port durant la tempête, se dévoile froid et fermé, inhospitalier dans la douleur et l'angoisse.

Le couloir-salle d'attente A, propose une rangée de sièges fort peu adaptés aux douleurs pelviennes et aux contractions, faisant face à la double porte opaque du service. Porte opaque et automatique s'ouvrant et se fermant au rythme de toutes les allées révélant souvent un accueil dépourvu des aides-soignantes appelées à une autre tâche. Couloir d'attente qu'une jeune patiente exaspérée de patienter avec son tout-petit, qualifie cyniquement de « couloir de la mort »²⁷⁶.

Une caméra surveille cet espace, mais ni les patientes ni moi-même n'en prenons conscience. Par la suite, je pourrai les rassurer sur le sentiment d'insécurité généré par un espace vide de présence humaine référente et palpable. Savoir que l'on est vu est primordial.

Le regard de la blouse blanche est cherché, son sourire attendu. L'exaspération devient palpable quand une blouse apparaît pour disparaître aussitôt sans un regard, happée par la porte ou quittant au pas de charge le service (quand l'allure est posée, on sait que le soignant n'est plus de service, on ne l'arrête pas).

Dans ce couloir, se déroule la première sélection. Les patientes doivent prendre un ticket pour faciliter l'ordre de passage²⁷⁷, soit « grossesse de plus de quatre mois », soit « autre ». Le problème pour les patientes c'est qu'il n'est pas stipulé : douleur²⁷⁸ ou indolore, perte sanguine irrépressible et intarissable, nausées...Alors parfois la peur de s'évanouir devant des inconnus, d'avoir ses vêtements souillés de sang et d'être à la vue de tous empêche de se lever, d'aller boire(elles ne savent pas qu'il faut éviter de boire et manger), d'aller téléphoner (car selon les opérateurs téléphoniques, toutes les communications ne sont pas possibles)²⁷⁹...Cet espace n'est pas vécu comme un *dedans* des urgences, mais comme un *encore dehors*. Lire les numéros appelés qui s'affichent au mur au-dessus des têtes des patientes est laborieux pour qui ne peut se lever, et si l'accueil est protégé pour ne pas être exposé au regard des patientes, il en devient mystérieux et source d'anxiété.

276 Lundi 4 février, Mme E.

277 Dispositif qui simplifie le tri en procurant un sentiment ambiguë : d'un côté sécurité et routine de l'organisation administrative, commerciale (« comme à la CAF » diront certaines ou « au supermarché » diront d'autres) de l'autre anonymat et abandon (« le »autre »peut être grave! », « être laissée, posée là » « impression d'être un numéro » « on a mal en silence »)

278 Quand je posais la question de savoir si elles souffraient, les patientes ne se plaignaient vraiment que pour des douleurs qu'elles évaluaient à 7 et au-delà sur une échelle de 10, pour une douleur évaluée à 2 ou 3, elles ne me le précisaient pas sauf demande de ma part.

279 Tout cela est le vécu personnes rencontrées et ce qu'elles m'ont formulé.

N'ayant aucun moyen de se divertir²⁸⁰ de sa douleur physique, ou de son angoisse (peur de perdre le fœtus, attente de résultats) car il n'y a nul endroit où fixer son regard (absence de magazines, de télévision, les téléphones portables pallient pour le plus grand nombre mais pas pour toutes), l'esprit échafaude bien des théories, et le corps l'exprime. Nombreuses ont été celles qui ont accueilli nos discussions avec soulagement : la parole se faisant thérapeutique, l'espace devenait plus hospitalier²⁸¹, et le temps moins long.

Enfin arrivait le moment où, l'affichage automatique appelait leur numéro, et permettait la première étape : donner son nom. Sortie de l'anonymat, acte de reconnaissance. Le soulagement est palpable, le corps se redresse sur la chaise avancée, la parole se fait plus sure. Une fois le dossier constitué, la patiente est admise dans le service à aller attendre dans la salle d'attente B, quand le service est complet c'est le retour dans la salle d'attente- couloir. Cette distance du lieu d'attente au lieu de soin, n'est pas vécue simplement quand il y a retour en salle A : impression de sortir de nouveau, de n'avoir pu accéder au dedans. Rester dehors de l'espace quasi « sacré ». Elles craignent d'être oubliées surtout quand l'attente s'étire bien au-delà de deux heures.

Changer de salle d'attente procure un premier soulagement, celui de s'approcher enfin de la solution, du « saint lieu ». Être dedans. Pourtant quand l'attente s'allonge, ce lieu perd sa sacralité et son apparence rassurante car les communications téléphoniques passent mal ici aussi, il n'y a aucun distributeur de boisson ou de nourriture proches²⁸² et la peur de « passer son tour » en a privé plus d'une de s'hydrater ou de s'alimenter.

La télévision y comble un certain vide mais ne peut distraire des douleurs les plus vives ou les plus profondes (parfois même amplifie le sentiment de l'absurde) puisque se côtoient dans cet espace unique comme je l'ai vécu avec elles, celle dont la grossesse est à terme annonçant l'enfant à naître et celle dont la grossesse vient brutalement de s'achever dans le diagnostic donné. D'une patiente à l'autre, c'est tout un univers qu'il m'est donné de rencontrer, aucune n'est réductible à un cas. Ce sont des histoires, des moments de vie qui me sont livrés.

280 Au sens philosophique il s'entend : l'impossibilité de diriger sa pensée ailleurs que vers sa propre finitude. Pascal, Les Pensées

281 Sur cet aspect, le témoignage de Mme S.T en rend compte, ci-joint en annexe

282 Passer la journée entière pour certaines patientes, comme j'ai pu l'observer, sans quitter cette salle, est éprouvant. Si l'absence de nourriture et de boisson se justifie par le risque d'intervention, les patientes l'ignorent.

Trouver la juste distance pour écouter, se taire beaucoup, chercher la parole juste et minimale, accueillir ce qui m'est donné à entendre : voilà quel fut mon rôle souvent après la consultation.

2 Le temps des patientes : la vraie et la fausse attente

Pour les patientes arriver aux urgences, comme dit précédemment, cela commence bien en amont. Cela commence quand le doute surgit sur un symptôme ou l'absence de symptôme (le fœtus ne semble plus réagir), une douleur inconnue par son intensité ou son origine. La peur s'imisce et la réaction première est de chercher une réponse auprès d'un professionnel. C'est l'effort pour prendre rendez-vous auprès du médecin, du gynécologue ou de la sage-femme, c'est l'appel téléphonique pour compenser le refus de rendez-vous et c'est en fait le départ pour le service des urgences. Ce premier temps est celui du doute puis de la peur, mais c'est surtout celui de la prise de décision et de l'action. Le temps de l'attente n'est pas encore là. Gestion rapide du quotidien qui bascule dans l'imprévisible : garde des enfants, absence professionnelle, penser aux papiers administratifs...vite, vite, vite. Ne rien oublier et supporter cet innommé dans le corps qui se fait pressant.

C'est ensuite le transport, seule au pire, accompagnée pas toujours le mieux. Attente : métro, bus, tramway, taxi, périphérique, bouchons de la circulation, parfois le SAMU, les pompiers...le stress est là. L'arrivée dans le service, sas de décompression ! Non, erreur ! Ici s'amorce l'attente dans le couloirsalle A.

Ici, plus d'action, ni de décision. On a consenti à s'abandonner à ce qui va suivre et sur lequel on perd toute maîtrise et tout pouvoir. On s'en remet à l'équipe soignante. On attend son secours²⁸³. Assises contre le mur faisant face à la porte automatique, supportant le regard de ceux qui passent et traversent le couloir pour rejoindre l'extérieur ou les autres services, aller aux distributeurs de boisson...prendre son ticket d'attente...ne voir aucune blouse blanche...oser passer la porte pour se rassurer d'être au bon endroit et être conviée à retourner dans le couloir...là-bas.

283 Synthèse des propos les plus largement entendus

Déception et frustration s'ajoutent à la douleur, à l'angoisse. « Les urgences cela veut bien dire rapide, non ? »²⁸⁴ Commence un temps, hors du temps. Un temps dépourvu de limite, qui parfois conduit les patientes à renoncer.²⁸⁵

Pour les patientes, et surtout pour les accompagnants ce temps est lourd, pénible, angoissant car vécu comme un abandon de la personne à sa souffrance, comme une non reconnaissance de sa personne. Être posé là c'est pour certain une absence de respect (de fait, la colère et la violence sourdent dans l'attitude, le regard et les propos. Et ce d'autant plus que les personnes se vivent comme stigmatisées, discriminées socialement²⁸⁶).

Cependant, nombreuses ont été les personnes qui ayant eu l'occasion de voyager à l'étranger relativisent beaucoup cela. Mais même avec la meilleure intention et l'attitude la plus positive vis à vis de l'équipe, la politesse et la patience, la compréhension s'effritent largement au delà de deux heures d'attente sans aucun contact humain de référence, comme je l'ai expérimenté avec elles. Est-ce ma présence qui rassurait l'équipe et assurait le lien, ou est-ce ainsi habituellement²⁸⁷ ? La première interprétation me semble préférable.

Ainsi cette attente est elle vécue comme une usurpation, une fausse attente, une tenue à distance, un « Je suis tout seul »²⁸⁸ qui aiguise ce sentiment d'être face à face avec soi-même, son corps, sa douleur, pas de divertissement possible. Temps vécu comme fausse attente, comme négation de soi, comme manque de respect de la personne.²⁸⁹ Que la porte s'ouvre et qu'une parole soit dite et le temps suspend son vol ! Que le numéro de passage ouvre l'accès au sésame et l'instant se métamorphose en présence vive.

Emmanuel Lévinas écrit ceci à ce propos : « [...] le temps n'est pas le fait d'un sujet isolé et seul, mais [qu'] il est la relation même du sujet avec autrui. »²⁹⁰ La véritable attente peut enfin commencer, apaisée puisqu'enfin la personne est regardée, son nom donné, son souci entendu. Elle existe pour autrui, pour celui dont elle demande le secours. Le temps à

284 Réflexion très majoritairement formulée surtout quand la douleur est intenable

285

286 « [...] le respect s'adresse à la personne, les autres sentiments au personnage. On peut réprover la conduite d'un homme, la juger même indigne, et cependant faire un effort pour respecter son auteur. » :Fiat, E (2012) Petit traité de dignité. Mayenne : Larousse p174

287 Conséquences observées les lundi 4 et mardi 5 février 2018

288 Lévinas, E.(2011) Le temps et l'autre. Lonrai : PUF p21

289 Fiat, E (2012) Petit traité de dignité. Mayenne : Larousse p174 à 181 : « le respect sans l'amour »

290 Lévinas, E.(2011) Le temps et l'autre. Lonrai : PUF p17

passer prend sens, il ne sera illimité ni indéfini comme précédemment. Le passage à la salle d'attente B, c'est tout cela qui est signifié, au point que les patientes en oublient parfois de signaler qu'elles ont mal, très mal, tellement le soulagement d'être extraite de l'anonymat occulte pour un instant la douleur physique. L'attente authentique ne débute qu'une fois le dossier administratif rempli, qu'une fois le nom transcrit ; la parole de l'aide-soignante et son regard assurant la reconnaissance, le soin débute là.

3 Le temps du soin n'est pas toujours où on l'attend.

Quand vient le moment de la consultation, les patientes sont unanimes, qu'importe que leur avis soit ou non sollicité. Elles ont toutes dans leur for interne consenti à ce qu'il adviendra dans le service. Toutes ont accepté le futur soin avant même d'être arrivées aux urgences (le temps d'attente amplifiant l'abandon de soi)²⁹¹, et ce parfois contre leur autonomie car exceptionnelle est celle qui ne peut pas s'exprimer, ou qui n'aurait pas une personne de confiance pour exprimer sa volonté dans ce service. Pourtant aucune ne pense à interrompre le praticien alors que les soins sont très intimes, que le toucher du corps suppose une grande pudeur et beaucoup de respect, et que leur consentement à ces touchers ou à une échographie pelvienne suppose que leur accord soit clairement formulé.²⁹²

Sur l'ensemble des 82 patientes entendues, seules deux ont été en capacité de refuser un jour un soin. La première parce que sa pathologie, maladie auto-immune, l'a conduite à maîtriser le discours technique et à anticiper les conséquences sur ses douleurs ; la seconde parce qu'infirmière de métier, elle a pu anticiper et demander un antalgique avant le soin douloureux qui allait lui être prodigué et qu'elle refusait sans ce secours²⁹³; le plus troublant pour moi fut le témoignage d'une ancienne infirmière qui lors d'un arrêt de grossesse à cinq mois de gestation, m'a dit n'avoir pas su s'opposer en tant que patiente aux exigences de l'équipe de soins(vécues comme une violence) alors qu'en tant que professionnelle elle s'y serait opposée pour une autre.²⁹⁴

291 Paroles récurrentes : « une telle attente fait que l'on accepte tout. » « j'ai confiance en l'équipe » « on ne doit pas refuser » « si vous refusez, vous ne venez pas » « le médecin est tellement doux que la question du consentement ne se pose pas » « il n'y a pas de question posée, on ne peut pas consentir. » « sans connaissance, on prend ce qui vient. » « on est déjà plus capable de réfléchir »

292 C'est d'ailleurs en ce sens que le rapport du HCE tend : Rapport n°2018-06-26-SAN-034, voté le 26 juin 2018 du HCE rappelant l'Art. 16-3 du Code Civil.

293 Mme B. mercredi 6 février

294 je n'ai demandé aucune précision (secret médical) c'était très douloureux pour elle d'en parler. C'était dans un autre hôpital toulousain que Purpan.

Si la consultation est un soulagement annoncé face à la douleur ou à l'ignorance de la gravité, bien souvent aux urgences ce sont des deuils inattendus, insoupçonnés qui doivent être dits. A la douleur des corps s'ajoute la douleur de la perte. Ainsi le temps du soin, blesse autant qu'il révèle. Quand la « fausse couche » est formulée, c'est la fin d'une « vraie grossesse » et avec elle s'achève aussi tout un à venir dans lequel la femme qui se sait déjà mère se projetait, et avec elle aussi l'environnement familial. Et cela ne dépend pas du nombre de semaine d'aménorrhée. Pour d'autres, ce n'est a priori, d'après ce qu'elles disent : qu'un aléa, un incident » qu'il faut vite « faire passer » pour oublier.

La constante c'est que quel que soit le projet d'enfant et sa non possibilité, elles ont besoin d'en parler. Mettre en récit leur histoire pour atténuer le choc, laisser le cœur s'épancher dans les larmes...pouvoir dire « que l'on n'envisage pas que cela puisse s'arrêter après trois mois » et parfois c'est à terme que l'enfant meurt. Il faut alors pour la mère vivre à la fois la mise au monde et le deuil.

Dans ces moments qui m'ont été donné de vivre auprès de chacune, la consultation éclaire et révèle mais ne soigne pas. Le soin, elles l'attendent dans les mots mais il faut du temps pour cela. Aux urgences, il n'y a pas ce temps où l'on peut laisser l'espace au silence pour accueillir l'événement, ce n'est techniquement plus une urgence. Les soignants n'ont que trop peu le temps de prendre la main, de tendre un mouchoir et de patienter le temps que la réalité imprime l'être. Bien sûr, ils en ont conscience et offrent autant que les bousculades le leur permettent ce don de soi, et quand ils y parviennent la reconnaissance est grande de la part des patientes. Mais bien souvent, la patiente elle-même n'ose demander ce surplus de temps devant les contraintes qu'elles connaissent.

Face à la mort qui est le risque occulté du vivant, quel soin peut-on donner si ce n'est l'écoute et le soutien empathique ? Les urgences là, peinent à donner l'espace et la reconnaissance à la plus-déjà-mère en deuil d'un non-enfant. Elle rejoint la même salle d'attente que les futures parturientes, comme je l'ai vu, avant que la confirmation du laboratoire lui soit formulée, elle y retient ses larmes, son amertume, son incompréhension, parfois sa culpabilité²⁹⁵ alors que le corps fourmille toujours de cette non-vie.

295 Mme B. mercredi 6 février : « je me sens coupable »

Maintenant se posent les questions techniques qu'aucune future mère ne se pose jamais : comment le « faire partir » ? : médicament ? Curetage ? Accouchement ? « Pourquoi n'y a-t-il pas un petit livret que nous donnerait l'équipe pour nous expliquer ce que l'on peut faire ? Qui nous dirait ce qu'est ce deuil ? Pourquoi n'y a-t-il pas les coordonnées d'un psychologue ? Et dans le service, il n'y en a pas ? Pourquoi n'y a-t-il pas une pièce ailleurs, pas avec celles qui portent leur bébé ?»²⁹⁶

Pour cette patiente, dont la grossesse était très avancée, on a pu l'isoler en fin d'après-midi dans une petite pièce encore en travaux à l'entrée du service. Elle était arrivée en tout début d'après-midi, directement après avoir eu une radiographie de contrôle en libéral. Elle était envoyée par le radiologue pour avoir la confirmation de la mort du fœtus. Elle était partie de chez elle vers 10h du matin. Elle a enduré sa journée à attendre le verdict et les résultats. A 20h : elle attendait qu'on lui confirme le rendez-vous pour l'accouchement avec sa famille venue la rejoindre. Nos échanges se sont construits et approfondis tout au long de la journée. Quand j'ai quitté le service à 21h, elle s'apprêtait à repartir, son mari et sa petite fille de cinq ans l'attendaient.

Durant toute cette journée, je l'ai écoutée à plusieurs reprises. D'abord l'apprivoiser, puis au fur et à mesure des heures et de ses besoins, son récit s'est fait plus intime, et quand j'ai quitté le service à 21h, elle s'apprêtait aussi à partir et sa parole devenait tristesse sereine. A ses côtés, le non-futur-père était inaccessible, une souffrance muette faisait une bulle autour de lui. Lui, personne encore n'avait accueilli sa parole, il était parti travailler, et était allé chercher la « grande de 4 ans » à l'école et se tenait loin.

Quand la consultation apporte une réponse et un soin qui permet de reprendre le cours de sa vie sans chamboulement notable, cela devient une parenthèse qui se referme quasi instantanément. L'expérience en soi n'est pas favorablement vécue en-dehors des grossesses en dépassement de terme et non à risque. Pour toutes les autres, ce fut un temps d'épreuve, gravité avérée ou non, douleur ou pas.

Exceptionnellement rares ont été les patientes à venir m'informer de leur départ et me donner des nouvelles de leurs angoisses envolées. Certaines se sentant coupables d'avoir gêné, d'« avoir pris du temps » puisque « ce n'était pas grave. Pourtant c'est le planning

296 idem

familial qui m'a envoyée ! »²⁹⁷ Le retour au quotidien est un remède puissant. Les visages perdent toute tension, le pas devient vif. Tout dans l'attitude devient fuite comme si le danger passé pouvait malgré elles, surgir à nouveau. Pressées de reprendre le cours de leurs vies, de leurs temps.

Est-il possible malgré tout de penser sans les opposer temps et urgence ? Prendre en compte l'un, n'est-ce pas aussi répondre à l'autre ?

²⁹⁷ Réflexion d'une toute jeune femme, mardi 6 février à la fin de mon service.

III Urgence et temps : pallier le manque...

La question de l'urgence est celle de la célérité du soin. C'est effectivement ne pas avoir le temps qui remet en question la vie du patient. Ce n'est pas un soin de confort, ou une maladie chronique. C'est mobiliser toutes les ressources matérielles et scientifiques pour éviter « un préjudice irréparable »²⁹⁸ et c'est dans cet état d'esprit qu'arrivent les patients dans les services d'urgence, et ce bien souvent après n'avoir pu trouver de secours ailleurs.

Le médecin de campagne qui suturait une plaie à n'importe quelle heure du jour, quel que soit le jour de la semaine, qui venait en pleine nuit accoucher... fait partie du passé. Aujourd'hui au mieux c'est une réponse d'un médecin urgentiste inconnu au téléphone avec tout l'aléatoire que cela induit²⁹⁹. Alors le service des urgences répond à l'urgence et à tous les manques qui n'ont pas trouver d'interlocuteurs dans la collectivité. Aussi la question de la rapidité de la prise en charge est-elle différée.

Pourtant la demande et le besoin des patientes est légitime comme nous l'avons déjà dit précédemment. Pour une prise en charge en urgence, il faut donc disposer du temps nécessaire c'est à dire de la disponibilité de soignants. Le temps des urgences, c'est en réalité la disponibilité des soignants en capacité de répondre à la demande de soin dans des locaux et avec le matériel en nombre suffisant aussi. Or quand les trois brancards sont occupés, que les salles de soins sont combles, et que le médecin est en intervention, il n'est pas possible de faire mieux.

De cette évidence naît le sentiment d'incohérence et d'abandon des patientes qui attendent plusieurs heures dans une situation fort désagréable. S'enracine alors en elles le sentiment d'une non reconnaissance et d'un manquement à la dignité de leur personne, comme elles l'ont exprimé. Le défaut de présence de médecin, de gynécologue en libéral, leurs refus de prendre de nouveaux de patients... conduisent à l'hôpital, toujours symbole de

298 Philippe.C, Jacques-Jouvenot.D, Desmettre.T, Guincharde.C, Chopard-dit-Jean. A, Binet. JR (2011) Approche multidisciplinaire de la vulnérabilité dans le contexte de l'urgence médicale, Revue générale de droit médical n°39 p 160

299 □Philippe Catherine, Jacques-Jouvenot Dominique, Desmettre Thibaut, Guincharde Christian, Chopard-dit-Jean Adrien, (avec la coll. scientifique) Binet Jean-René, *Approche multidisciplinaire de la vulnérabilité dans le contexte de l'urgence médicale*, juin 2011. Revue générale de droit médical n°39 p157 à 180

l'asile et du secours³⁰⁰. Parfois connaître le temps d'attente par le biais d'un écran annonçant le temps d'attente des consultations prévues, et des non programmées (urgences authentiques) serait un moyen de réguler le flux des arrivées amenant aussi la patiente à s'interroger sur l'urgence de sa situation, réelle ou supposée.

Transformer les urgences en un service palliatif de consultation n'est pas de la responsabilité des patientes et des soignants qui le subissent, mais de dispositions économiques et politiques dont cette situation est la conséquence³⁰¹. Si les faits de violence semblent de plus en plus fréquents dans ces services, n'est-ce pas aussi une de ces conséquences quand il n'y a personne pour entendre la frustration et apporter l'apaisement ? Peut-on envisager des personnes formées à la médiation et à l'écoute pour aider à l'acceptation du temps d'attente avant la prise en charge ?

Avoir le temps d'une analyse qui permette de distinguer entre l'urgence absolue et l'urgence ressentie, qui permette d'apaiser et de faire patienter quand la vie n'est pas en jeu, suppose un poste dédié à cette seule mission. Une tâche d'accompagnement et d'écoute, de pédagogie aussi. Quand on explique le fonctionnement du service aux usagers, quand ils perçoivent l'urgence et l'implication des personnes ils deviennent bien souvent coopératifs. L'ignorance de la situation génère l'incompréhension et la peur, la méfiance.

Peut-on apporter davantage de confort en prenant en compte les problèmes de communication avec les familles et le milieu de travail, les liaisons téléphoniques étant difficiles voire impossibles suivant les opérateurs, en interrogeant un ergothérapeute sur les possibilités de sièges moins inconfortables... ?

Faire savoir qu'une caméra relie les salles d'attente à l'équipe de soin permettrait de lutter contre le sentiment de délaissement et d'insécurité devant la porte close ? Se savoir vu est essentiel. On vient aux urgences pour cela et ne pas le trouver rend davantage vulnérable encore.

Donner à lire un fascicule explicatif du service des urgences : Qui est l'équipe de soignants ? quelles sont leurs spécificités ? Combien sont-ils ? Combien les urgences

300 article 9 du code de la déontologie médicale et art ; 4127-9 du Code de la santé publique

301 Le dernier rapport de l'OMS : « une vérité universelle : pas de santé sans ressources humaines » indique qu'il manque 7,2 millions de professionnels de santé au niveau mondial et que ce chiffre devrait atteindre 12,9 millions d'ici 2035, pour les raisons économiques que nous connaissons déjà en France, ainsi que le non renouvellement des départs à la retraite, l'épuisement des professionnels engendrant un turn over important....

assurent-elles de soins par jour, dans l'année... serait autant d'informations qui occuperaient les esprits restés vacants ou centrés sur leurs douleurs en ouvrant l'espace de compréhension, en présentant aussi ce qu'est l'acte de consentir ou de refuser un soin.

De même des petits manuels pédagogiques sur le corps humain, et là en l'occurrence sur le corps féminin et les pathologies les plus fréquentes et spécifiquement féminines qui mettraient des mots sur des douleurs et des symptômes. Et après les consultations diagnostiquant un arrêt de grossesse proposer un de ces petits livrets qui pourraient être un premier pas vers la résilience en expliquant et visualisant les soins qui vont devoir être faits, en parlant des étapes du deuil, en donnant les coordonnées de psychologues prêts à accompagner...

Permettre au patient d'être un partenaire de sa guérison et de sa prise en charge apporterait une égalité de reconnaissance et d'humanité qui serait sans doute plus apaisante comme de pouvoir disposer d'une tablette informatique avec un logiciel de traduction de langues et de langue des signes pour les personnes étrangères ou malentendantes. Comprendre ce que l'Autre met en œuvre pour me venir en aide permet de composer avec lui un échange, crée une relation de confiance non par contrainte au système de soin mais par une volonté consentie.

Il m'a été donné de constater une grande méconnaissance de tout ceci dans mes longs échanges avec les patientes, pouvoir traduire dans un discours plus familier sans simplification outrancière ce qui se vit aux urgences, c'est extraire le patient d'une situation infantilissante dans laquelle il retrouve les attributs tyranniques de l'enfant ; lui rendre la parole, lui permettre d'objectiver l'espace et le temps dans lequel il se trouve, offre les moyens d'une pensée critique et ce malgré la douleur et la souffrance.

Ainsi le temps d'attente aux urgences serait un temps de compréhension ou de préparation à ce qui suit plutôt qu'un temps qui fuit dans l'attente inconfortable et paralysante. Compenser le temps de l'attente, par une plus grande compréhension de soi, de son corps, du service...si cela ne comble pas les manques cela pourrait éviter que le personnel soignant ne devienne le bouc émissaire expiatoire d'une situation qui les dépasse.

Conclusion :

Suite à l'interrogation de Mme Botz sur le vécu du temps aux urgences gynécologiques et obstétriques de l'Hôpital PurpanPaule de Viguié, je me suis mise à l'écoute et à l'observation des patientes et des soignants. Les réflexions que je propose dans ce modeste écrit est le condensé de ce qu'il m'a été donné de voir et d'entendre, et c'est dans un souci d'être au plus proche de ce qui m'a été dit que j'ai tenté de limiter l'interprétation.

La question du temps aux urgences est en fait la donnée première de ce service dont la mission est de lutter contre des dégâts irréversibles pour la santé ou la vie de la patiente ou de l'enfant qu'elle porte, alors même que ce temps est conditionné par le nombre de soignants compétents et de structures adéquates disponibles. De fait, le temps vécu est-il essentiellement déterminé par des conditions externes au sujet. Ce temps vécu qui est source de peur, de malentendus, de violence parfois quand il s'étire dans l'espace et ne trouve pas d'interlocuteur pour y donner un sens.

Un temps d'attente peut devenir celui qui édifie par l'information, le consentement libre et éclairé des patientes. Il peut aussi en devenir l'obstacle en favorisant la peur et le sentiment d'abandon.

La question des urgences met en exergue ce que tout soignant sait : le temps accordé à Autrui avant même toute technique, est soin. Le regard adressé avant même toute parole, est réconfort. Pouvoir soigner aux urgences, c'est disposer de ce temps-là au moins pour chacun, et disposer de davantage pour accomplir humainement et pleinement sa mission.

Ainsi s'interroger sur le temps dont dispose les soignants pour prendre en charge pleinement chaque patiente, revient à questionner la vie même et les conditions de travail de ces derniers. C'est par leurs disponibilités à la parole que la question du consentement prend sens. Avoir le temps de nouer une relation de confiance (et non de s'y abandonner), de pouvoir interrompre le médecin pour demander des explications, avoir été informé que même aux urgences on peut refuser un soin...sont des paramètres qui font défaut.

Après avoir écouté durant une trentaine d'heures des parcours de vie si différents, un constat apparaît quasi à l'unanimité : le respect et la reconnaissance pour le personnel soignant. Aussi, tout ce qui pourrait rendre du temps au soin et à la parole, ne peut sembler, qu'améliorer ce qui est déjà accompli.

Bibliographie :

Essais :

- Bourdieu, P (2014) *Langage et pouvoir symbolique*. Lonrai : Points, Essais
- Fiat, E (2012) *Petit traité de dignité*. Mayenne : Larousse
- Holcman R. (Sous la direction de) (2018) *La souffrance des soignants*. Malakoff : Dunod
- Kant, E (1986) *Critique de la Raison pure*. Préface de la seconde édition. Paris : PUF
- Lévinas, E. (2011) *Le temps et l'autre*. Lonrai : PUF
- Bousquet, D., Couraud, G, Collet, M.(2018) *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical*, rapport n°2018-06-26-SAN-034 du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes
- Winckler, M. (2017) *Les Brutes en blanc*. France : Points
- Winckler, M. (2014) *Le Chœur des femmes*. Barcelone : FolioEssai

Codes :

- Code civil
- Code de déontologie médicale
- Code de la santé publique

Articles :

- Philippe.C, Jacques-Jouvenot.D, Desmettre.T, Guinchard.C, Chopard-dit-Jean. A, Binet. JR (2011) *Approche multidisciplinaire de la vulnérabilité dans le contexte de l'urgence médicale*, Revue générale de droit médical n°39 p 160
- LabrusseRiou C.(2002).*Les droits de l'embryon et du fœtus en droit privé* . Revue internationale de droit comparé pp. 579601 [https : wwwpersée](https://www.persée.fr/doc/revue-internationale-de-droit-compare-579601)
- OMS (2013) : « une vérité universelle : pas de santé sans ressources humaines » [www.who.int /workforcealliance/.../ressources/hrhreport summary Fr web.pdf](http://www.who.int/workforcealliance/.../ressources/hrhreport_summary_Fr_web.pdf)

Annexes :

(Rapport de stage) Annexe 1

courriel reçu après mon stage, envoyé par Mme S.T :

Sam 23/02/2019 15:02

« Bonjour Isabelle,

« C'est depuis l'aéroport de Medellin où j'attends mon vol retour sur Toulouse, que je recopie mon texte écrit sur papier pendant mes vacances (qui ont été géniales ceci dit en pensant riches de rencontres et de beaux paysages et balades). Donc voici mon texte...

Il est environ 18h quand j'arrive aux urgences à Paule de Viguier suite à un malaise vagal avec vomissements au travail, lié à des douleurs gynécologiques. Je n'ai plus de douleurs quand j'arrive mais je dois me faire examiner avant de partir en voyage en Colombie deux jours plus tard.

J'arrive seule aux urgences, déposée par un taxi. Le hall d'accueil est vide et je demande à une personne que je vois dans un bureau où se trouvent les urgences. Elle m'indique un couloir plus loin et insiste pour que je pense à bien prendre un ticket à la machine quand j'arrive. Je comprends pourquoi en arrivant dans le fameux couloir qui est censé être l'accueil des urgences mais en fait il n'y a personne comme personnel médical, seule la machine à ticket et un écran qui appelle les numéros. Il y a quand même quelques chaises dans ce couloir où je m'assois parmi les autres patients, en face d'une porte automatique opaque où on devine que peut-être le personnel de santé des urgences se trouve derrière...

Me sentant déjà seule en arrivant en taxi, là c'est le summum de la solitude ! Est-ce que quelqu'un va bien nous prendre en charge et sait qu'on est là à attendre ? Et c'est là que je vois les portes coulissantes s'ouvrir avec une personne en blouse blanche en sortir et c'est déjà un soulagement : ouf on n'est plus seul, je suis au bon endroit et il y a des êtres humains qui vont nous prendre en charge ! »

C'est un peu comme un ange en blouse blanche qui s'approche de moi et qui m'explique qu'elle n'est ni infirmière, ni médecin mais en stage. Ce n'est pas grave, la blouse blanche rassure, elle a l'air de connaître les lieux et le fonctionnement et on peut lui parler ! Elle m'explique les deux salles d'attente, qu'il va falloir patienter et que le personnel médical sait qu'on est là grâce à des caméras. Ah ok, ça rassure quand même..De plus elle est souriante, gentille, douce, humaine et rassurante. En tout cas, c'est mon ressenti quand elle me demande pour son mémoire de raconter mon histoire, pourquoi je suis aux urgences. Elle est à mon écoute et ça fait un bien fou ! Tellement de bien que je me mets à pleurer, lui confie que je me sens seule ici, et dans ma vie. Sans doute vois-je en Isabelle une épaule bienveillante à qui me confier. Étrange alors que je ne la connais pas ou juste depuis quelques minutes... mais Isabelle attire les confidences et elle est ici tout à fait à sa place, je trouve.

Je me suis sentie accompagnée et soutenue par Isabelle pendant les presque 3h que j'ai passées aux urgences. Comme elle m'explique le fonctionnement, je sais où je vais aller et comment ça va se passer, ce qui est rassurant. En tout cas c'est ce dont moi j'avais besoin « savoir » et qu'on n'est pas seul. Elle me fait également prendre conscience que je dois prendre soin de moi. Son parcours m'inspire également.

Avant de partir, j'ai tenu à dire au personnel médical que le rôle d'Isabelle est clé aux urgences. Un ange blanc dans ce milieu hospitalier surbooké et qui a tendance à se consacrer sur l'aspect scientifique plus que l'humain, alors que je pense que c'est aussi important l'un et l'autre.

Merci encore Isabelle pour ce soutien très important et cette écoute bienveillante, je suis arrivée en pleurant, le moral dans les chaussettes et suis repartie grâce à nos échanges, plus optimiste et motivée pour prendre soin de moi. Le pouvoir de la parole et l'écoute dans toute sa splendeur ! »

Bonne continuation dans ton parcours et tous mes vœux de réussite et d'épanouissement.

Stéphanie.

(Rapport de stage) Annexe 2

Bonjour Isabelle,

J'ai pris connaissance de votre rapport de stage.

Sur la forme, il persiste plusieurs fautes d'orthographe / conjugaison. J'en ai corrigées quelques-unes. D'autre part, la rigueur médicale implique une certaine exactitude sur certains termes ou expressions, que j'ai corrigés.

Sur le fond, vous ciblez votre travail sur les patientes de la filière gynécologique, avant la consultation. Il manque ici, en dehors de la patiente se présentant pour un deuil périnatal, les patientes de la filière obstétricale (celles qui viennent pour accoucher, celles qui sont transférées, celles qui présentent une grossesse pathologique, mais aussi celles qui sont prises en urgence « vraie »), celles de la filière gynécologique – après consultation-. Il manque également la parole des soignants, alors que l'objectif des 2 dernières demi-journées était également de pouvoir confronter vos observations à leur discours.

D'autre part, votre style d'écriture est d'emblée très négatif, que ce soit dans la présentation du service (les portes « tellement automatiques », la télévision « livrée à elle-même ») jusqu'à vos propositions d'améliorations (« pourquoi ne pas ») qui, pourtant, enrichissent votre travail.

Au final, votre travail ne reflète donc que partiellement la réalité des urgences, et mérite d'être complété, nuancé, et analysé de manière plus approfondie.

Pour vous donner quelques informations complémentaires et perspectives :

Les urgences sont régies par des recommandations de bonnes pratiques (HAS), ainsi que des recommandations de sociétés savantes (SFMU, CNGOF, pour ne citer que les principaux).

Les bonnes pratiques des urgences sont, pour des patientes qui rentrent à domicile, un délai de prise en charge inférieur à 4h.

C'est le cas pour 78% des patientes qui se présentent aux urgences de l'hôpital Paule de Viguier. Le temps moyen de prise en charge en secteur est de 176 min sur la filière

gynécologie, 135 min sur la filière obstétrique. Seules 2,5% des patientes partent sans être vues.

92% des patientes de la filière gynéco rentrent à domicile : de quoi mettre en balance l'urgence ressentie par la patiente, et la réalité de l'urgence médicale.

Une urgence « vraie » est une patiente pour qui le pronostic est engagé, et pour laquelle, parfois, une césarienne va être pratiquée sous un délai inférieur à 15 min (là surtout le temps est essentiel).

Enfin, en ce qui concerne le délai d'attente avant enregistrement, il est de 9 min en moyenne : 14 min sur la gynécologie, 5 sur l'obstétrique. Les patientes en obstétrique sont prises en charge par la sage-femme après 15min en moyenne, toujours moins de 30 min. Sur le parcours de gynécologie, les patientes attendent 1h30 en moyenne avant la prise en charge médicale (encore ce chiffre est-il à nuancer, car le résultat du bilan prescrit en amont nécessite au moins 1h d'attente pour connaître les résultats). Bien sûr, ces chiffres sont des moyennes, et ne tiennent pas compte des pics d'activité que peut connaître le secteur. Mais ils donnent aussi une bonne indication du fonctionnement du service.

Sur le secteur, les effectifs soignants sont répartis comme suit :

- 2 AS : 1 à l'accueil et 1 en soins,
- 2 SF en permanence, et une 3ème sur un horaire 8h-16h42 pour le suivi des patientes ayant dépassé le terme
- 1 médecin sénior H24, qui est en charge également des interventions gynécologiques urgentes (GEU rompues...)
- 2 internes le jour, 3 la nuit (partagés avec l'activité de salle de naissance)

Certes, ces effectifs ne sont pas régis comme pour les autres services d'urgence, mais nous ne sommes pas non plus dans la caricature des soignants épuisés en permanence, car même si les après-midi sont difficiles, la charge de travail des nuits et matinées reste largement abordable. Ce sera tout l'enjeu de la réorganisation à venir. D'autre part, les soignants sont dans une posture active là où vous décrivez, à plusieurs reprises, une attitude « passive » (ex « on a pu isoler »...).

Enfin, l'un des axes d'amélioration du service est la mise en place d'un tri à l'accueil des urgences :

- Amélioration du temps d'enregistrement par simplification des démarches

- Prise en charge soignante des patientes : motif de consultation, douleur, réalisation des bilans sanguins, antalgiques, orientation suivant le degré d'urgence

- Explications aux patientes et à leurs accompagnants sur le fonctionnement du service. La mise en place de ce fonctionnement améliorera, à coup sûr, la compréhension du fonctionnement du service par les patientes et de l'attente qu'il peut en découler.

Je souhaiterai que vous mettiez en perspective vos observations en regard des éléments mentionnés ci-dessus.

Je reste bien sûr disponible pour échanger avec vous sur ce sujet, par mail et/ ou téléphone.

Bien cordialement,

Marjorie BOTZ

Sage-femme

Chirurgie gynécologique Récamier

Pôle Femme-Mère-Couple

Fin du Rapport du stage réalisé du 4 au 8 février 2019

(Mémoire) Annexe 2 : Tableau



Gustave Courbet (1819-1877) L'origine du monde 1866

Huile sur toile H. 46 ; L. 55 cm

© RMN-Grand Palais (Musée d'Orsay) / Hervé Lewandowski

Bibliographie du mémoire

Essais

- Archer, Frédéric. *Le consentement en droit pénal de la vie humaine*. L'Harmattan, Sciences criminelles (2003) (ISBN : 2-7475-3951-2)
- Bourdieu, Pierre. *Langage et pouvoir symbolique*. Points, Essais (2014) (N°116801-4)
- Canguilhem, Georges. *Ecrits sur la médecine*. Seuil (2002) (N°55170-5)
- Cymes, Michel. *Hippocrate aux enfers, Les médecins des camps de la mort*. Le livre de poche, Stock (2015) (ISBN 978-2-253-18574-1)
- Cyrulnik, Boris *Un merveilleux malheur*, Odile Jacob, 1999.
- Descartes, René. *Discours de la méthode*, Vrin, Paris (1970) (ISBN 2-7116-0181-1)
- Eliade, Mircea. *Le sacré et le profane*, Folio-essais, Gallimard (1987) (ISBN 2-07-032454-0)
- Fiat, Éric. *Petit traité de dignité. Grandeurs et misères des hommes*. Larousse (2012) (ISBN 978-2-03-587623-2)
- Foucault, Michel. *La Volonté de savoir*. Folio, philosophie (2006) (ISBN 978-2-07-033890-0)
- Habermas, Jürgen. *De l'éthique de la discussion*. Trad. Mark Hunyadi. Champs, Flammarion (1999) (ISBN 2-08081421-4)
- Heidegger, Martin. *Qu'est-ce que la métaphysique ?* Traduction Henry Corbin; Nathan, (ISBN 978-2-09-187308-4)
- Holcman, Robert (sous la direction de) *La souffrance des soignants, « Stress, burn-out, violences...du constat à la prévention »* Dunod (2018) (ISBN 9 :78-2-10-077492-0)
- Jung, Carl Gustav. *Dialectique du Moi et de l'inconscient*. Trad. Dr Roland Cahen, folio-essai, Gallimard (1986) (ISBN 2-07-032372-2)
- Kant, Emmanuel. *Critique de la Raison pure. « Théorie transcendantale des éléments »* Traduction A. Tremesaygues et B. Pacaud ; Quadrige /PUF, (1986) (ISBN 2-213-039474-4) (ISSN 0291 0489)
- Kant, Emmanuel. *Fondements de la Métaphysique des mœurs*. Trad. Victor Delbos ; Delagrave, (1987). (ISBN 2-206-00155-1)
- Kant, Emmanuel. *Qu'est-ce que les Lumières ?* Trad. Jean-Michel Muglioni ; Hatier, (2015). (ISBN 978-2-218-99140-0)

- Lévinas, Emmanuel. *Le temps et l'autre*, Quadrige/PUF, Lonrai (2011) (ISBN 978-2-13-059169-6) (ISSN 0291-0489)
- Liiceanu, Gabriel. *De la limite - Petit traité à l'usage des orgueilleux*. Trad. Alexandra Laignel-Lavastine ; Michalon, Paris (1994) (ISBN 2-84186-073-6)
- Pascal, Blaise. *Les Pensées* Le Livre de Poche, Paris (2008) (ISBN 978-253-16069-4)
- Platon, *République VII*, Traduction Robert Bacou, GF-Flammarion, Paris (1966) (N° d'édition 11289)
- Ricoeur, Paul. *Soi-même comme un autre*, Points. Editions du Seuil (1990) (ISBN 978-2-7578-5308-5)
- Rousseau, Jean-Jacques : *Du contrat social*, (1966) Garnier-Flammarion (ISBN 2-08-070094-4)
- Sartre, Jean-Paul. *L'existentialisme est un humanisme*. Folio, essais (1996) (ISBN 978-2-07-032913-è)
- Serres, Michel : *Pantopie : de Hermès à petite Poucette*. Editions de Noyelles (2014) (ISBN 978-2-298-08471-9)
- Spinoza, Baruch. *Ethique*. Trad. Charles Appuhn (1965) GF-Flammarion
- Weber, Max. *Le savant et le politique*, Trad. Julien Freund. Bibliothèques 10/18, Plon (1959) (ISBN 978-2-264-03159-4)
- Winckler, Martin. *Les Brutes en blanc*. Points, Flammarion (2016) (ISBN 978-2-0813-9033-1)

Thèses, mémoires et cours

- Almont, Thierry ; *Santé sexuelle des patients atteints de cancer, de l'annonce à l'après cancer : information, disparités et besoins non satisfaits*. Thèse présentée pour l'obtention du titre de docteur en épidémiologie, diplôme d'Etat, Université Toulouse 3 Paul Sabatier, soutenue publiquement le 19 /09 /2018 devant Blandine Courbière et Nicolas Thiounn, Pr Éric Huyghe (directeur de thèse) chap. I: Contexte : Cancer, Oncosexualité & Information 3 : information sur l'oncosexualité
- De Broca, Alain. *Le principe Développement* Thèse de doctorat en Philosophie Soutenue le 11-12-2008 Paris Est Sous la direction de Dominique Folscheid avec au jury : Lazare Benaroyo, Frédéric Worms, Marie-Jo Thiel, Gilles le Cardinal, Catherine Draperi. www.theses.fr/2008PEST0204
- Bioy, Xavier ; *Bioéthique et libertés*, cours du SED 2018-2019, Université de Toulouse- Jean Jaurès

- Gineste, Coline (sous la direction de Flora Bastiani) *L'impact du sexisme sur la qualité des soins en gynécologie*, mémoire de master d'éthique du soin et recherche, Universités de Toulouse (2017)
- Haboubi, Camila. *Le régime de la responsabilité du défaut d'information* (janvier 2018): <https://www.mondroitmeslibertes.fr/la-santé/la-responsabilité-médicale/>
- Marcilly, Amandine et Maury MéliSSa. *Maltraitance médicale dans la pratique gynécologique et obstétricale ambulatoire et conséquences pour le suivi : point de vue des patientes*. Thèse présentée pour l'obtention du titre de docteur en médecine, diplôme d'Etat, Université Grenoble Alpes, soutenue publiquement le 21 /09 /2018 devant Pascale Hoffmann (présidente du jury) et Sylviane Hennebicq, Docteur Yoann Gaboreau, Docteur Aymeric Henriot (directeur de thèse)
- Marimbert, Jean-Jacques. *Enjeux éthiques de la pratique médicale et inégalités de santé*, cours donnés au CNRS de Toulouse dans le cadre du Master 2 Ethique du soin et recherche de l'UT2J de Toulouse (Avril 2019)
- Pacific, Christophe. *Ethique du dissensus. La complétude du deux au service du soin*. Thèse présentée pour l'obtention du grade de docteur en philosophie, Université Paris-Est, soutenue publiquement le 17/12/2008 devant Sadek Beloucif, Pierre Magnard, Éric Fiat, Dominique Folscheid (directeur de thèse)

Documents officiels

- Bousquet D., Couraud G., Collet M., (2018) *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical*. « Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme. » Rapport n°2018-06-26-SAN-034 du HCE / République Française
- Carrière M., Ulrich V, *Recueil numérique sur la thématique du suicide*, mis à jour le 17 septembre 2018, Rapport de l'Observatoire National du Suicide : Direction de la Recherche, des Études, des Évaluations et des Statistiques

Articles

- Beauvais Martine, « Des principes éthiques pour une philosophie de l'accompagnement », *Savoirs*, 2004/3 (n° 6), p. 99-113. DOI : 10.3917/savo.006.0099. URL : <https://www.cairn.info/revue-savoirs-2004-3-page-99.htm>
- Bénévent Raymond, « *La rhétorique de l'urgence* » *ERES* | « La lettre de l'enfance et de l'adolescence » 2009/2 n° 76 pp 13-20 (ISSN 2101-6046) (ISBN 9782749210629)

- Bertrand François, « Un bref historique de la médecine d'urgence », (2016)
<https://sofia.medicalistes.fr/spip/spip.php?article402>
- Bourdeaut Franck, « *Patients et soignants à l'épreuve de l'erreur médicale* », Laennec, 2012/3 (Tome 60) p.24-38. DOI : 10.3917/lae.123.0024. <https://www.cairn.info/revue-laennec-2012-3>
- Champlong, Ludivine. *Urgence et consentement en matière médicale*, 2012. Revue Droit et Santé n°49, p. 587-598 (ISSN : 2107-5654) BNDS
- Fabre-Magnan Muriel, « La dignité en Droit : un axiome », Revue interdisciplinaire d'études juridiques, 2007/1 (Volume 58), p. 1-30. DOI : 10.3917/riej.058.0001. URL : <https://www.cairn.info/revue-interdisciplinaire-d-etudes-juridiques-2007-1-page-1.htm>
- Gidenne, S. *Refus de soins aux urgences : Quel cadre légal ?*
https://www.sfm.u.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2015/donnees/pdf/119.pdf
- Hartman, Fanny, « *I : Le début de la personnalité juridique* », *Le droit des personnes et de la famille à l'épreuve des droits fondamentaux* présenté par l'IEJ de Paris 1, <https://iej.univparis1.fr/openaccess/libertes-famille/lecon1/sect1/i/>
- Hervy Marie-Pierre, « *quid du consentement ?* », *Gérontologie et société*, 2002/2 (vol.25 / n° 101), p. 129-141. DOI : 103917/g.s.1010129. <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2002-2>
- Jacot, Martine. « *Petite histoire et nouvelle définition des urgences* » (2005)
https://www.lemonde.fr/societe/article/2003/09/24/petite-histoire-et-nouvelle-definition-des-urgences_335300_3224.html
- M.C. Laurent, M.C : « *Le. Syndrome d'hyperstimulation ovarienne Urgences en gynécologie obstétrique* » / (2005)
campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/gynecologie-et.../chap5.pdf
- Pardo, Eléonore, « *La clinique du sujet au sein des services d'urgence générale* » Association Recherches en psychanalyse | « Recherches en psychanalyse »2009/1 n° 7 | pages 120 à 130 ISSN 1767-544 <https://www.cairn.info/revue-recherches-en-psychanalyse-2009-1-page-120.htm>
- Philippe Catherine, Jacques-Jouvenot Dominique, Desmettre Thibaut, Guinchard Christian, Chopard-dit-Jean Adrien, (avec la coll. scientifique) Binet Jean-René, *Approche multidisciplinaire de la vulnérabilité dans le contexte de l'urgence médicale*, juin 2011. Revue générale de droit médical n°39 p157 à 180

- Pilet, François « *Vous avez dit « bobologie » ?* » : Rev Med Suisse 2010 ; volume 6. 736-737 <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-243/Vous-avez-dit-bobologie>
- Porcher, Romain, « *Le consentement en droit médical* » revue : Médecine&Droit (2019) - droit civil-protection de la personne, www.sciencedirect.com
- Lang Thierry, et Marimbert, Jean-Jacques « *Santé publique et inégalités de santé* » SED, Université Toulouse Jean Jaurès (2018-2019)
- Rolland Christine, Sicot François, « Les recommandations de bonne pratique en santé. Du savoir médical au pouvoir néo-managérial », Gouvernement et action publique, 2012/3 (n° 3), p. 53-75. DOI : 10.3917/gap.123.0053. URL : <https://www.cairn.info/revue-gouvernement-et-action-publique-2012-3-page-53.htm>
- Vassy Carine, « *L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire* », Mouvements, 2004/2 (n° 32), p. 67-74. DOI : 10.3917/mouv.032.0067. URL : <https://www.cairn.info/revue-mouvements-2004-2-page-67.htm>

Romans

- De Boërio, Philippe : *Les perles des urgences* (2019) Leduc.s Editions (ISBN 978-2-298-15320-0)
- Duras, Marguerite : *La Douleur*, P.O.L. (1985) (ISBN 2-86744-042-4)
- Winckler, Martin : *Le Chœur des femmes*, folio Gallimard (2014) (ISBN 978-2-07-044039-9)

Dictionnaires

- Hilaire, Jean. Adages et maximes en droit français, 2° édition, Dalloz (2015) (ISBN 978-2-247-15575-0)
- Lalande, André. Vocabulaire technique et critique de la philosophie, PUF, (1985) (N°33895)
- Jeuge-Ménart, Isabelle (sous la direction de) Petit Larousse Illustré, Larousse (2008) (ISBN 978-2-03-584070-7)

Manuels

- Lagarde, André et Michard, Laurent : *XVIIe Siècle*, Bordas (1970) (ISBN 2-04-000020-8)
- Russ Jacqueline, *Les chemins de la pensée*, Armand Colin, (1988) (ISBN 2-200-03128-9)

Sites internet utilisés

- Actus Dalloz étudiant : <https://www.doc-du-juriste.com/blog/conseils-juridiques/commentaire>
- Revues et ouvrages en sciences humaines et sociales : <https://www.cairn.info.info>
- Conseil national de l'Ordre des Médecins : [://www.conseilnational.medecin.fr](https://www.conseilnational.medecin.fr)
- Cour de Cassation : www.courdecassation.fr
- Cour des Comptes : <https://www.ccomptes.fr>
- Cours de droit.net : <http://www.cours-de-droit.net/droit-de-la-sante-c27647804>
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : [dress.solidarités-santé.gouv.fr](http://dress.solidarites-sante.gouv.fr)
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales : www.cnrtl.fr/
- Comité Consultatif National d'Ethique : <https://www.ccne-ethique.fr/>
- Haute Autorité de Santé : <https://www.has-sante.fr>
- Légifrance.gouv.fr
- Le Monde : www.lemonde.fr
- Libération : <https://www.liberation.fr>
- Ministère des Solidarités <https://solidarites-sante.gouv.fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé : <https://www.who.int/fr>
- Sciences et avenir : <https://www.sciencesetavenir.fr>
- Société Française de Médecine d'Urgence : <https://www.sfmou.org>