

Penser le triage aux urgences, première partie

Introduction

Flora Bastiani

Bonjour et bienvenue dans le podcast *Penser la santé*.

Cet épisode est consacré aux questions posées par le triage en service d'urgence : Qui soigner en premier ? Qui est prioritaire pour l'accès aux soins ? Mais aussi, quel est le diagnostic le plus sévère et pour lequel les soins bénéficieraient le plus ?

Les services d'urgences sont sous tension. C'est devenu un lieu commun que de le dire. Mais derrière cette formule se cache une réalité très concrète, celle de choix à faire. Cela n'implique pas uniquement de très longs temps d'attente, mais également, et plus que jamais, l'importance de ce qu'on appelle le « triage ».

Ce terme, issu de la médecine militaire, a fait son apparition avec le développement des services d'urgences à partir des années 1960. Il s'agit d'organiser l'accueil des patients et de penser un ordre de priorité. Autrement dit, hiérarchiser les situations médicales.

Parce qu'on ne fait pas la queue aux urgences par ordre d'arrivée, on n'attend pas un soin comme on attend à la caisse d'un supermarché. Pourquoi ? Parce que les services d'urgences ont vocation à accueillir les urgences médicales.

Le triage est rendu nécessaire par une compréhension floue de ce que le terme « urgence » signifie pour les soignants et pour la société. Pour les soignants, ce sont par exemple les urgences vitales, des patients dont la vie dépend des soins ou des patients dont la souffrance est intolérable et qui nécessitent une intervention rapide. Il peut s'agir de soigner les victimes d'accidents routiers ou de la vie quotidienne, d'infections qui dégénèrent, des situations où chaque minute compte. Tandis que dans le grand public, la perception de l'urgence est relative à la vie quotidienne. Tous les événements inattendus et brutaux peuvent être un signal d'urgence, de la fracture du poignet à la toux qui ne se calme pas, du saignement de nez à l'état grippal. Le fait de ne pas savoir comment réagir, ou d'avoir des symptômes qu'on ne comprend pas, peut conduire à franchir les portes des urgences.

Mais l'urgence véritable, pour qu'elle ait une correspondance médicale, doit être évaluée à l'arrivée. La perception personnelle ne suffit pas, il faut que l'état du

patient soit placé sur une échelle des urgences, comparé à celui des autres patients présents ou transportés par le SAMU. L'urgence doit être rationalisée à l'aune des moyens disponibles.

Car le triage est le corollaire de la réduction des moyens. La raréfaction des ressources humaines, matérielles et temporelles oblige à faire des choix. Qu'il s'agisse du nombre de médecins et de paramédicaux ou du nombre de box pour accueillir les examens, lorsqu'il y a plus de patients que de possibilités de soigner, il est inévitable d'établir une hiérarchie et de faire attendre les patients les moins graves.

Et en même temps, les services d'urgences constituent le lieu du soin par excellence pour les populations sans accès aux soins, faute de médecins de ville. Ainsi, parler du triage aux urgences c'est aborder les questions d'égalité d'accès aux soins, de justice distributive et de valeurs thérapeutiques.

Comment cela se déroule sur le terrain ? À quel point nos services d'urgences sont-ils saturés ? Comment les soignants vivent-ils l'injonction à choisir ? La tension des services conduit-elle à des tensions avec les patients ? Et que se passe-t-il dans les circonstances exceptionnelles telles que l'explosion de l'usine AZF à Toulouse ou la pandémie de COVID-19 ?

Pour réfléchir à ces questions, j'ai le plaisir d'accueillir Pauline Epitto, infirmière aux urgences et référente de l'accueil IOA (Infirmier d'Orientation et d'Accueil) au CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Toulouse, à Purpan ; Isabelle Claudet, professeure de pédiatrie, praticienne hospitalière, cheffe du service des urgences pédiatriques de l'hôpital des enfants au CHU de Toulouse ; et Victor Robert, médecin urgentiste au service des urgences du CHU de Toulouse. Bonjour à vous trois.

L'Infirmier d'Organisation et d'Accueil

Flora Bastiani

Je commence par une question un peu générale, pour bien comprendre de quoi on parle, et je m'adresse à Pauline tout d'abord. Est-ce que vous pourriez nous dire comment se déroule habituellement le tri à l'arrivée aux urgences ? Parce que dans les pratiques les plus communes, c'est plutôt un infirmier comme vous qui assure cette mission. Comment vous procédez, vous, aux urgences ?

Pauline Epitto

Effectivement, c'est un infirmier qui va faire une première évaluation des patients admis sur les services des urgences. Cet infirmier est appelé un IOA, un Infirmier d'Orientation et d'Accueil. Sur Purpan nous sommes trois IOA la

Penser la santé : Penser le triage aux urgences, première partie

journee, deux IOA qui sont positionnés en 7h-19h, et un IOA renfort qui arrive à 10h et qui fait le 10h-22h. La nuit nous ne sommes que deux infirmiers, donc 19h-7h.

Flora Bastiani

À l'accueil ?

Pauline Epitto

À l'accueil, on parle toujours de l'accueil.

Flora Bastiani

Parce que vous me disiez que vous faites vous remplissez à la fois ces missions d'accueil et le travail d'infirmier habituel.

Pauline Epitto

Sur le service des urgences, il y a différents secteurs. Il y a le secteur principal, avec le « chef d'orchestre » des urgences qui est l'IOA. Cet infirmier-là va être le premier à recevoir les patients. Et, après, il y a différents secteurs.

Il y a le secteur des urgences vitales, le secteur d'urgence ambulatoire, qui a fermé et qui est maintenant une filière courte de traumatologie, qui accueille donc de la traumatologie et des plaies des plaies simples. Il y a après le secteur un petit peu général d'accueil médico-traumatique, où ça va être toutes les autres urgences qui nécessitent des soins et des gestes médicaux et paramédicaux.

Chaque jour, on est positionné sur un secteur en fonction de notre doublure et de notre expertise.

Pour en revenir au triage, selon les recommandations donc de la SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence), il faut un infirmier pour cinq patients triés à l'heure. Sur Purpan, en étant trois infirmiers positionnés la journée et au vu du flux journalier, on répond aux besoins.

Flora Bastiani

C'est un calcul très précis ? Cinq patients à l'heure égal un infirmier d'accueil ?

Pauline Epitto

Exactement. C'est pour ça qu'initialement on n'était que deux sur l'accueil, un 7h-19h et un 10h-22h. Mais les chiffres nous ont montré que le flux des patients augmentait et qu'il nous fallait un renfort. C'est pour ça que, en corrélation avec la fermeture d'un des secteurs qu'étaient les urgences ambulatoires, on a renforcé l'accueil. Nous sommes maintenant trois positionnés sur l'accueil en journée, et deux la nuit.

Accueillir le patient, analyser l'urgence

Flora Bastiani

Quand un patient se présente à vous, qu'est-ce qu'il se passe ?

Pauline Epitto

Après l'enregistrement administratif, il y a plusieurs cas de figure. Soit le patient se présente par ses propres moyens, donc c'est un patient debout. Soit le patient se présente après une régulation du 15, donc qui va arriver via des ambulances ou des sapeurs-pompiers en brancard. Soit il va arriver directement avec le SAMU, soit il va arriver avec une ambulance privée régulée par un médecin généraliste ou un établissement de santé comme un EHPAD par exemple.

Une fois que le patient est enregistré, l'IOA va le recevoir dans un box dédié et adapté selon s'il est en brancard ou s'il est debout. Il va faire une première analyse clinique du patient, le but étant de repérer en trois secondes s'il y a une défaillance majeure. On va repérer donc l'état de conscience, la mécanique respiratoire, l'état cutané du patient. Ça c'est une analyse un petit peu subjective, l'œil du secouriste en trois secondes, un « quick look ». On élimine les critères d'urgence et on repère les critères d'urgence vitale ou fonctionnelle immédiate du patient.

Une fois que cette analyse est faite, très rapide, on se base en parallèle sur des déterminants un peu plus objectifs qui sont des déterminants primaires, secondaires, la complexité et la sévérité de la situation.

Les déterminants primaires vont être le motif de recours du patient, ses symptômes, l'intensité de ses symptômes et ses antécédents. Les déterminants secondaires vont être tout ce qui est hémodynamique. Est-ce que mon patient est stable sur le plan de sa tension ? Est-ce que sa respiration est bonne ? Ou est-ce que justement là j'ai un point qui est fait que je suis un peu plus inquiète ? Il y a la complexité : est-ce que ce patient nécessite des ressources hospitalières ? Est-ce qu'il va avoir besoin d'un acte médical, est-ce qu'il va avoir besoin de gestes paramédicaux ou d'examens complémentaires comme des

imageries ? Et enfin il y a la sévérité. La sévérité, ça va être la projection d'une potentielle hospitalisation pour ce patient. Est-ce qu'à l'instant T je pense que ce patient va être hospitalisé ou non. Est-ce que ce patient va avoir une perte de chance si son attente avant la prise en charge médicale est allongée ? Est-ce qu'il va falloir que le délai de prise en charge médicale soit réduit ou est-ce que ce patient va pouvoir attendre ?

Flora Bastiani

Et là, quand on parle de « perte de chance », on parle de perte de chance pour sa santé ?

Pauline Epitto

Pour sa santé effectivement, ou pour une potentielle aggravation dans les minutes à venir.

Une fois que tout ça est fait, c'est une analyse assez globale, on va se référer à une échelle de tri, qu'on appelle la FRENCH (French Emergency Nurses Classification in Hospital) et qui va de 1 à 5. La FRENCH 1 c'est une urgence qui n'est pas toujours vitale mais qui exige un délai d'attente nul, une prise en charge qui doit être immédiate. La FRENCH 5 ça va être une prise en charge médicale qui peut aller jusqu'à 240 minutes. Le temps d'attente va être un petit peu plus allongé.

Flora Bastiani

On considère en fait que le patient sera pas en danger s'il attend.

Pauline Epitto

Exactement. Moi j'aime bien dire que, justement, le score FRENCH ne détermine pas un secteur. Comme je vous ai dit, il y a différents secteurs d'urgence. On a tendance à penser que la FRENCH 1 c'est une urgence vitale et qui va aller dans un secteur d'urgence vitale. Pour donner un exemple, une luxation d'épaule va nécessiter une sédation procédurale pour la réduction de façon générale. Ça va être un FRENCH 3, pour autant il va être admis sur le service d'accueil d'urgence vitale parce qu'il n'y a que là qu'on peut faire une sédation procédurale.

C'est donc très important pour l'IOA d'être un infirmier expert, de maîtriser toutes les ressources des différents secteurs, pour orienter le patient sur le secteur adapté.

Flora Bastiani

C'est beaucoup plus compliqué que l'impression qu'on peut en avoir.

Pauline Epitto

Oui, c'est pour ça que c'est très important de dire que l'IOA a une analyse premièrement subjective avec l'œil du secouriste, et il repère les éléments qui peuvent être inquiétants ou pas, mais il s'appuie aussi sur des éléments plus objectifs. Pour prendre un exemple qui se produit vraiment, si un patient arrive parce qu'il a eu un accident de vélo et qui semble bien se présenter, on peut avoir envie de se dire qu'il va bien, qu'il n'est pas nécessaire de lui prendre les paramètres vitaux et qu'on peut le réorienter. Mais au final, on s'aperçoit que c'est un patient qui va être tachycarde et qui va nous inquiéter. Et ça ce sont des éléments objectifs, des données qui nous permettent d'orienter le patient au mieux.

Ça c'est pour tous les patients qui vont être admis sur les urgences. Mais les patients vont aussi arriver, comme j'ai dit, avec les ambulanciers ou les sapeurs-pompiers. Ces gens-là ont déjà fait un bilan initial lors de la prise en charge. Donc le but de l'IOA va être d'écouter le bilan qui a été fait, de repérer les éléments qui vont nous permettre de se projeter sur l'orientation du patient vers un secteur ou un autre, de ne pas faire d'histoire de la maladie mais de faire une synthèse du bilan. On a déjà une aide quand ils arrivent avec les ambulanciers, mais pour autant ça ne suffit pas, il faut aussi que l'IOA s'appuie sur des éléments concrets qui vont l'aider à orienter le patient au bon endroit, et diminuer ou allonger son temps d'attente selon les nécessités.

Il y a aussi des patients qui vont être réorientés. L'IOA va recevoir ces patients, va faire l'analyse, et il va se rendre compte qu'il y a beaucoup plus de critères d'exclusion que d'inclusion dans le service des urgences. Il va alors pouvoir réorienter le patient, grâce à un protocole de réorientation autonome sans avis médical qui existe depuis 2024 et qui a été mis en place à Purpan depuis quelques mois. On explique au patient que son problème ne correspond pas à nos savoir-faire ou qu'il ne nécessite pas de ressources hospitalières. Pour autant l'IOA ne laisse jamais un patient sans solution, le patient sera réorienté soit sur un centre de soins non programmés, soit une maison médicale, soit vers son médecin généraliste.

Ce protocole a quand même ses limites, c'est-à-dire que l'IOA ne peut pas réorienter tout type de patient. Exemple type : une des limites du protocole de réorientation, c'est l'interdiction de réorienter un patient dont le motif de recours est en lien avec un de ses antécédents. Les maladies chroniques par exemple. Un patient asthmatique qui pense faire une crise d'asthme. Avoir une gêne respiratoire peut être anxiogène, donc il va se présenter sur les urgences.

L'IOA va faire son analyse clinique, va exclure des critères d'urgence et va juger que ce patient ne nécessite pas un service d'urgence, ni des ressources hospitalières. Pour autant, l'IOA n'a pas le droit de le réorienter tout seul. Il va se référer au médecin dédié à l'accueil, qui est le médecin d'orientation de coordination, et c'est le médecin qui va prendre la responsabilité de réorienter le patient, ou de refaire une analyse et de dire à l'IOA que le patient est admis en service des urgences.

Les étapes comme je les ai décrites semblent être assez longues. Mais, concrètement, après l'enregistrement administratif du patient, l'IOA se doit de voir le patient dans les 30 minutes, et l'entretien doit faire entre 5 et 10 minutes. Sachant que sur le terrain, 5 minutes c'est quand même très long. On passe rarement 5 minutes avec un patient, surtout quand ils arrivent avec les pompiers ou les ambulanciers et que le bilan est quand même assez concis et les choses vont un peu plus vite.

La gestion de l'attente

Flora Bastiani

Victor, vous êtes médecin urgentiste, comment ça se passe pour vous ?

Victor Robert

Nous aussi on est postés sur les différents secteurs des urgences.

Il y a un poste à l'accueil, d'un médecin qui est associé aux infirmières d'orientation et d'accueil, qui est là en appui. La journée on a un poste dédié, la nuit on le cumule avec d'autres secteurs, parce que l'activité est un petit peu moindre en nuit profonde.

On est pas là pour trier à la place des infirmiers, parce que le tri est un tri paramédical. On est là en appui, pour les aider, pour gérer le flux et anticiper les débordements quand il y a trop de patients qui arrivent à un instant T.

On est là aussi pour accueillir tous les coups de fil extérieurs et internes à l'hôpital.

Flora Bastiani

Vous êtes contactés par téléphone aussi ? Par le 15 par exemple ?

Victor Robert

On est contactés par le SAMU pour nous annoncer les patients graves qui vont

Penser la santé : Penser le triage aux urgences, première partie

arriver, ou par les médecins généralistes ou les autres structures de soins qui veulent nous adresser des patients.

On reçoit donc déjà pas mal d'informations qui viennent de l'extérieur du service des urgences, donc on fait déjà une première étape de de tri à l'échelle médicale sur les entrées qu'on peut accepter ou non en fonction de de la volumétrie de patients qu'on a déjà sur les urgences.

Et on est surtout là pour pour aider les infirmières quand elles ont des questions, ou en effet quand il y a nécessité d'un d'un avis médical soit pour une réorientation, ou pour valider certaines orientations au sein du service des urgences, qui sont un peu plus complexes et qui sortent un peu du cadre.

Flora Bastiani

Donc, au service d'urgence de Purpan, puisque c'est celui dont on parle, il y a un triage qui se fait. Le patient arrive d'abord auprès de l'infirmier qui fait l'orientation, ensuite il va patienter dans la salle d'attente avant d'être appelé pour son soin.

C'est un déroulement qui n'est apparemment pas celui de tous les services d'urgences. J'ai entendu parler, par exemple, du centre hospitalier Delafontaine, où il n'y aurait pas de salle d'attente.

Est-ce qu'il y a des raisons particulières ont amené au fonctionnement que vous avez adopté ? Est-ce que c'est réfléchi, pour le dire autrement ?

Victor Robert

Nous sur les urgences de Purpan on a fermé le secteur ambulatoire.

Flora Bastiani

Ça déjà, ce n'est pas un détail.

Victor Robert

Ça a modifié un petit peu nos organisations.

On a une salle d'attente avant de voir l'infirmière d'accueil pour tous les gens qui arrivent par eux-mêmes.

Puis il y a les patients où on a décidé de faire une prise en charge sur une filière couchée, une filière assez rapide. Souvent ce sont des patients qui arrivent, comme on l'a dit précédemment, avec les ambulances, le SAMU ou les pompiers. Eux, ils sont accueillis directement au sein des urgences, dans un box d'examen.

Flora Bastiani

Il y a un espace dédié à ce type d'arrivées ?

Victor Robert

Exactement. Ces patients, on a pris le parti qu'ils soient examinés de façon très rapide par une équipe médicale et paramédicale une fois le triage réalisé, dans le but de d'écourter le temps entre l'arrivée du patient et le premier examen médical. Ce que ça nous permet en tout cas, on le pense et on l'a constaté sur le terrain, c'est de donner le plus de chance au patient et d'éviter des erreurs, d'éviter d'allonger sa prise en charge et de passer à côté de certains critères de gravité. Notre but pour ce type de patients, qu'on qualifie de de « couchés », c'est d'avoir un examen très rapide par un médecin, un infirmier, un étudiant en médecine ou un interne, dans la première heure.

Souvent, nos patients couchés voient le médecin dans la première heure et sont ensuite orientés vers ce qu'on peut qualifier de « zones d'attente », qui ne sont pas des salles d'attente. Ils ont déjà été évalués. Ils sont soit dans une zone d'attente très surveillée, scopée, monitorée, avec une équipe paramédicale dédiée plus étoffée. C'est ce qu'on appelle une zone orange. Ou bien ils sont surveillés dans une zone où il y a un peu moins de de ressources, mais leur état de santé le permet, et là c'est ce qu'on appelle une zone verte.

Donc les patients attendent en effet, mais ils attendent après avoir vu une équipe médicale et une équipe paramédicale après le tri.

Flora Bastiani

Ils attendent, mais c'est déjà médicalisé.

Victor Robert

Tout à fait.

Flora Bastiani

Alors que la salle d'attente à laquelle on pense quand on parle des urgences, c'est la salle d'attente où l'on est assis sur des sièges et où l'on a l'impression que personne ne s'occupe de nous.

Victor Robert

Oui, après, on a toujours nos patients ambulatoires, on a conservé une filière de prise en charge des patients de traumatologie, avec des suspicions de fractures ou des plaies, pour lesquels, après triage, on a estimé qu'il y avait un temps d'attente qui pouvait être d'une certaine durée, plus long. Ils n'ont pas besoin d'une prise en charge médicale et paramédicale rapide, ils peuvent attendre le temps d'avoir leurs soins. Mais tout ça arrive après le triage par les équipes paramédicales.

Gravité et hiérarchisation

Pauline Epitto

Si je peux rajouter quelque chose, c'est qu'il ne faut pas imaginer que le patient qui va arriver par ses propres moyens est moins « grave » que le patient qui va arriver par une ambulance.

On a tendance à dire que, justement, le patient qu'on va mettre au plus loin du soin c'est le patient qu'il va falloir un peu plus surveiller. Donc le patient qui arrive en ambulance n'est pas plus « grave » que le patient qui arrive par ses propres moyens, le patient qui arrive avec le SAMU n'est pas plus « grave » que le patient qui va arriver avec une ambulance ou par ses propres moyens.

Flora Bastiani

Ce n'est pas un critère de hiérarchisation.

Pauline Epitto

Exactement. Ce n'est pas parce que le patient va arriver par ses propres moyens que son temps d'attente avant la prise en charge va être plus long que le patient qui va arriver en ambulance. Ça c'est très important de le mentionner et, comme l'a dit Victor, à ce jour, sur les urgences, les seuls patients qui vont attendre dans la salle d'attente ça va être des patients qui vont être admis dans la filière courte de traumatologie, donc ça va être des traumatismes des membres périphériques, ou des plaies à suturer.

Isabelle Claudet

Oui, ce qui vient d'être dit sur le fait d'arriver spontanément et de pas forcément être « grave », ou de l'être, c'est encore plus vrai en pédiatrie où la plupart des enfants sont accompagnés par leur famille. Très peu sont régulés, peu sont adressés par des médecins ou par l'ambulance, la grande majorité des urgences graves vitales arrivent dans les bras des parents.

Flora Bastiani

C'est-à-dire qu'il y a la question de l'observation par les paramédicaux et les médecins, qui observent des signes qui pour eux peuvent marquer un état plus inquiétant ou moins inquiétant, et puis les données. Et il faut donc croiser les deux c'est ce que je comprends. Un parent qui arrive avec un enfant aux urgences pédiatriques et qui dit que ça ne va pas du tout, qu'il y a un problème, on ne va pas décrédibiliser sa parole, on va la prendre au sérieux et faire cette évaluation.

Isabelle Claudet

Oui bien sûr. L'évaluation en pédiatrie est superposable à ce qui se fait aux urgences adultes, dont on s'est inspiré. La structuration du tri en pédiatrie s'est faite de façon un peu décalée par rapport à ce qu'avait mis en place les urgences adultes, et on se l'est appropriée, puis on l'a fait évoluer en l'adaptant à l'enfant. Mais les principes sont les mêmes.

Après, c'est vrai que, parfois, il peut y avoir des décalages entre l'urgence ressentie par les parents et la réalité. Ils ont cru perdre leur enfant. Parce qu'il a, par exemple, fait un petit malaise, parce qu'au moment du traumatisme crânien l'enfant a un petit peu plafonné du regard, et les parents ont eu peur de perdre leur enfant. Et ils arrivent dans une structure où, effectivement, parfois, l'infirmière d'orientation, pour apaiser les choses, peut utiliser des termes apaisants, mais qui peuvent être mal vécus par les parents. Eux ont pensé perdre leur enfant, et l'infirmière va leur dire que c'est quelque chose que l'on voit fréquemment, qu'ils ne faut pas s'inquiéter, et ce décalage ressenti peut perturber les parents.

Flora Bastiani

Il y a une différence d'appréciation en fonction de ses savoirs, de son expérience. C'est bien pour ça qu'on s'adresse à des professionnels, donc c'est vrai que ça peut donner le sentiment au patient de ne pas être entendu ou d'être mal compris. C'est aussi le cas aux urgences pour adultes je pense ?

Pauline Epitto

Nous ce qu'on dit souvent c'est qu'il faut présenter les choses. Surtout pour les patients qu'on réoriente, il faut leur dire que la solution qu'on leur trouve est meilleure pour eux. Quand on s'appuie sur le protocole de réorientation autonome, sans avis médical, il faut savoir que c'est une infirmière qui va

annoncer la réorientation au patient.

Il y a des patients qui pensent qu'au niveau de la légitimité, une infirmière n'est pas un médecin. Ce qui est vrai, d'accord, chacun son rôle et chacun ses compétences. Pour autant grâce à ce protocole on peut réorienter le patient. Donc tout est dans la subtilité de savoir comment on amène la réorientation. On ne dit jamais à un patient, et nous insistons là-dessus quand nous formons les futurs IOA, que ce qu'il a n'est pas grave. Il y a des urgences qui sont ressenties, et les urgences ressenties sont à prendre en compte. Mais ce n'est pas parce que l'urgence est ressentie qu'elle nécessite un service d'urgence et un plateau technique. Donc, quand on réoriente les patients, il faut leur trouver la meilleure des solutions.

Je pense que la réorientation peut être très bien acceptée par des patients qui entendent ce qu'on leur propose, si on leur propose bien les choses. C'est pour ça qu'on ne laisse jamais un patient sans solution. Quand on leur trouve des solutions, en général, ça se passe bien. Bien sûr, il ne faut pas être dans l'illusion. Même si on trouve des solutions au patient, on fait quand même face à des incompréhensions, de l'agressivité, des gens qui vont demander un avis médical. À partir du moment où même si on est en règle sur les propositions de réorientation le patient nous demande un avis médical, on le fait attendre et le médecin d'accueil verra ce patient quand il sera disponible pour lui expliquer pourquoi on le réoriente sur un autre secteur de soins.

Flora Bastiani

Vous avez à vous confronter au vécu de ces personnes qui arrivent aux urgences sans doute en étant inquiètes, en ayant mal, tout ça augmente le stress, et ce stress s'exprime d'une certaine manière.

Pauline Epitto

Complètement. Après, un patient qui se présente, qui a des douleurs, qui n'a pas pris d'antalgique, mais qui pour autant va être réorienté, on met un point d'honneur aussi à prendre en charge la douleur à l'accueil, même si le patient va être réorienté.

Un patient qui a une douleur abdominale sans critère de gravité associé, qu'on va réorienter sur un centre de soins non programmés, on va prendre la peine de lui donner des antalgiques. Ce n'est pas parce qu'on réoriente le patient qu'on ne lui propose pas une prise en charge antalgique, et ça peut apaiser les angoisses. Les patients se sentent en pris en compte, pris au sérieux.

Conclusion

Flora Bastiani

Je vous remercie beaucoup Isabelle Claudet, Pauline Epitto et Victor Robert. Nous nous retrouvons dans une deuxième partie pour poursuivre ces échanges. C'était Flora Bastiani pour *Penser la santé*, le podcast du réseau de recherche « Penser la santé » de l'Université Toulouse Jean Jaurès.