

# Le stress aux urgences : comment prendre son mal en patience?

Autor(en): **Kehtari, Reza**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Revue économique et sociale : bulletin de la Société d'Etudes Economiques et Sociales**

Band (Jahr): **69 (2011)**

Heft 2: **Economie de l'urgence et immédiateté**

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-283613>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# LE STRESS AUX URGENCES: COMMENT PRENDRE SON MAL EN PATIENCE?

REZA KEHTARI

*Médecin-chef, Service des urgences extra-hospitalières et SMUR  
Hôpital neuchâtelois- Pourtalès, Neuchâtel  
reza.kehtari@ne.ch*

> Les services des urgences sont de plus en plus exposés à un flux grandissant de patients bien que seule une minorité nécessite une intervention médicale urgente ou vitale. Les consultations de type *urgence modérée* ou voire *non-urgente* sont les principales sources de mécontentement quotidien de la part des usagers ou des accompagnants mettant parfois le fonctionnement même du service en péril. Les incidents et les confrontations liés à l'insatisfaction des usagers et la durée des délais de séjours deviennent quasi quotidiens. En effet, les patients, parfois désespérés ou surmenés par les pressions externes ou privées et souvent accentuées par l'angoisse de la maladie adoptent de plus en plus un comportement exigeant de type *tout et tout de suite* conduisant également le personnel soignant à un état de fatigue et d'épuisement psychique. Les différents facteurs déclencheurs du stress et de la violence aux urgences ainsi que des solutions notamment par la mise sur pied des démarches spécifiques et potentiellement efficaces préconisées et actuellement pratiquées dans plusieurs services sont rappelés dans cet article.

Mots clés: urgence, hôpital, burn-out, stress, violence, attente, patients, urgentistes.

## LE STRESS, LE NOUVEAU MAL DE NOTRE SIÈCLE?

Le stress se définit par la réaction individuelle et non spécifique de notre organisme face à des stimuli psychologiques ou physiques de notre environnement auxquels personne ne peut échapper. La réaction de notre organisme face à ces facteurs, nombreux et souvent agressifs, est une réponse adaptative de défense devant nous permettre de nous préparer au mieux à une situation d'urgence et à réagir en conséquence. Cette réponse comprend un ensemble de réactions physiologiques permettant de maintenir l'équilibre interne de l'organisme, l'homéostasie, indépendamment du facteur déclenchant.

Les pressions socio-professionnelles (productivité, concurrence, rentabilité, délocalisation, chômage, agressivité ambiante, ...) ou psychosomatiques (santé, rupture, isolement, ..) font parties des principaux stressseurs auxquels l'homme est exposé quotidiennement dans un environnement de plus en plus ressenti comme hostile.

La réponse adaptative de l'organisme doit permettre à l'individu de dépasser et de maîtriser, tant sur le plan physique que psychique, cet état d'être, appelé «le stress», indispensable par ailleurs à son évolution. On parle alors d'un stress positif et stimulateur.

Or que se passerait-il si la réponse adaptative n'était pas en mesure de garantir l'homéostasie psychosomatique? Ce stress pathologique, destructeur dit négatif détresse, prive l'individu d'une réaction adéquate et circonstancielle l'empêchant de distinguer la gravité de la menace.

Sur le plan physiologique deux types de réactions composent la réponse de l'organisme face au stress. Les réactions immédiates, par le biais du système nerveux autonome et notamment la sécrétion des catécholamines (Adrénaline et Noradrénaline), permettant une mise en condition rapide de par son effet sur les systèmes cardio-vasculaire et respiratoire, pour ne citer que les plus importants. Parallèlement, le système endocrinien, favorisant la sécrétion du Cortisol entraînera des réactions dites lentes avec parfois des effets non-désirés comme une baisse de l'immunité ou une prise de poids par exemple.

Il est important de rappeler que ces mécanismes de défenses ont leur limite et le dépassement du seuil de tolérance de l'individu, différent d'une personne à l'autre, entraînera forcément un état d'épuisement physique Burn-out ou psychique avec perte d'objectivité, difficulté d'analyse et finalement la résiliation, la dépression.

#### LE BURN-OUT SYNDROME (BOS)

«Il n'y avait plus assez de musique en moi pour danser la vie» Dr L.-F.-A Destouches dit Céline

Le Burn-out ou la brûlure interne, comme si bien expliqué par H.-J. Freudenberger en 1980 déjà (Freudenberger, 1980), qui compare, sur le plan psychologique, les victimes comme présentant une brûlure/incendie interne (comme les immeubles) qui «...» sous la tension produite par la vie dans ce monde complexe consomment leurs ressources internes et qui, comme sous l'action des flammes, ne gardent plus qu'un vide immense à l'intérieur même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte».

D'un point de vue physique, ce terme avait également été utilisé dans le domaine aérospatial pour qualifier le régime intensif soumis aux fusées dont la coque externe ne supportant pas la chaleur interne, en payait fortement le prix.

Dans cette situation, l'individu se heurte à un mur et se sent incapable d'atteindre les objectifs des missions dont il la charge et de son rêve d'être meilleur que la génération précédente. Le prestige, la sécurité et le confort matériel, être reconnu par la société au sens large du terme, l'avancée du monde informatique, les restructurations liées à la conjoncture, la culture d'entreprise, les différents adages prônés par la société et ou les média valorisant systématiquement le travail énergétique, le perfectionnisme ou les valeurs socio-culturelles transmises poussent l'homme à travailler de manière de plus en plus intense et ceci jusqu'à épuisement.

En parallèle, la réaction psychique sera accompagnée par l'installation d'un état de dépression avec sensation de douleur, d'apathie, d'indifférence et d'ennui. Si pour certains ceci peut malheureusement les amener à recourir à des gestes destructifs vis-à-vis d'eux-mêmes, pour d'autres cette dépression sera suivie d'un état d'irritabilité, d'impatience, de cynisme ou de violence face à ceux qui les entourent.

Ce phénomène reste pourtant méconnu sinon tabou dans notre société occidentale bien qu'elle touche l'ensemble des couches professionnelles. Qu'il s'agisse des agriculteurs, des cadres ou des employés du secteur libéral, du personnel spécialisé ou de santé une partie

des suicides est de plus en plus imputée au BOS. Bien que la relation de cause à effet reste difficile à établir et que les statistiques officielles fassent défaut, différents rapports des unités des services de santé au travail confirment la réalité de ce phénomène en croissance. Ainsi, on estimait ce nombre en France (Martin & Moriez, 2008) à environ 1 suicide par jour en 2008 ainsi qu'une hausse de 4-5% du taux des suicides lors de l'augmentation du taux de chômage de 1% ou encore le recours aux psychotropes par environ le quart des médecins.

## STRESS ET VIOLENCE DANS LES SERVICES D'URGENCES

Parmi les facteurs «stresseurs» les problèmes liés à la santé semblent de plus en plus générer chez les victimes un comportement de consommateur similaire à l'évolution de la culture de société (ou d'entreprise) à savoir de type «*tout & tout de suite*».

En effet, le public perçoit les services des urgences comme un lieu de consultation permanente devant répondre à l'immédiateté de l'angoisse ou de besoins en soins. Indépendamment du degré d'urgence de la prise en charge, la collision des deux interfaces soignant/patient, tous deux stressés bien que de nature différente, génère souvent des émotions parfois intenses sous forme d'agressivité ou de violence. En effet, depuis plusieurs années, on est confronté aux urgences à une mentalité nouvelle de la part des utilisateurs de type consommateur avec des demandes irréfléchies, voire abusives et exigences d'être servis comme un CLIENT et non comme un PATIENT.

Par ailleurs les différentes contraintes professionnelles, financières ou imposées par la société comme la misère sociale ou la solitude font des services d'urgences un lieu propice de premier recours pour trouver une réponse ne fut-ce que partielle à sa détresse.

De leur côté, les soignants sont contraints, d'une part, et ceci représente leur mission principale, à agir dans des situations d'urgences vitales nécessitant un diagnostic rapide et une prise en charge des plus performantes. D'autre part, le personnel des urgences se doit de rester à l'écoute des patients et/ou de leurs accompagnants, de gérer le flux de plus en plus croissant des usagers, dont seul un petit pourcent revêt de caractère urgence vitale, et de tisser des relations humaines avec ces derniers bien souvent dans un climat de confrontation. Il relèverait donc d'un fantasme professionnel que de vouloir faire des urgences un lieu préservé où les usagers seraient calmes et sereins et les relations toujours gratifiantes. Un savoir-faire tout particulier et spécifique réunissant les aspects socio-psychologiques et médicaux reste donc de mise.

Bien plus que leurs collègues hospitaliers, le personnel des urgences subit une course quasi permanente afin de gagner systématiquement du temps sur le temps, de gérer son stress face à des situations diverses allant de décalage culturel face à l'utilisateur aux dialogues non ou mal-compris par ce dernier ou ses accompagnants ou encore face au manque de places et une attente de plus en plus croissante dans son service.

L'ensemble des services d'urgences, et spécialement dans les pays occidentaux, est actuellement confronté aux divers problèmes de gestion dont les principaux constituent la difficulté d'accès en urgence aux plateaux médico-techniques, à la diminution des capacités d'accueil en aval et l'encombrement des services par des demandes de type *bobologie* ou *urgences relatives* dont le caractère d'urgence est rarement présent.

Comme dit précédemment, certaines contraintes professionnelles ou sociales font que les usagers préfèrent consulter les urgences à leur convenance plutôt que de se rendre chez

leur médecin traitant ou voire tout simplement par absence de médecin de famille pour des raisons de mobilisations fréquentes, professionnelles ou culturelles. Selon J.-P. Auffray (Auffray & Vig, 2008), les services d'urgences constituent une sorte de «*filet de sécurité*» du système social mais, sous le fardeau grandissant, à quand leur fléchissement?

La principale source de l'insatisfaction des usagers reste le délai d'attente grandissant dû, comme mentionné, à l'augmentation du nombre des patients et celle des consultations d'urgences relatives. L'incertitude et l'angoisse de ne pas être finalement vu par un médecin, l'inconfort relatif durant cette attente ainsi que le manque d'empathie de la part du personnel de santé augmentent certes le niveau du mécontentement, comme relevé par S. Fournier dans une enquête consacrée aux causes et conséquences de l'attente aux urgences (Fournier, Gaillard, Joliat, Pittier, & Riad, 2010). L'augmentation de la morbidité et de la mortalité liée au vieillissement de la population, le développement et la mise à disponibilité des thérapies spécifiques contribuent à l'encombrement des services d'urgences et, par là même, à l'augmentation des délais d'attente. Qu'il s'agisse des Etats-Unis, du Canada ou du Japon, les centres d'urgences dans plusieurs pays doivent régulièrement procéder au détournement des ambulances qui, au prix d'un bref soulagement organisationnel, allonge les délais de prise en charge des patients. Pour d'autres, cet inconfort est également ressenti à travers des séjours de plus en plus longs sur des lits d'examen ou brancards ou par le retard apporté dans le soulagement de la douleur ou de l'état du bien-être psychique ou émotionnel.

#### SERVICES D'URGENCES OU MISSION IMPOSSIBLE?

Pour l'urgentiste, quand il faut sauver des vies, il n'y a pas de temps d'avoir des états d'âmes et sa formation va également dans ce sens; agir sur la base des automatismes pour être efficace et ne pas se laisser influencer par des doutes ou des hésitations quant au bien-fondé de ses pratiques. Or dans la réalité, les urgences vitales ne constituent qu'un petit pourcentage de son activité. Les urgences c'est aussi et surtout des cas sociaux, des «*petits bobos*», des gens angoissés ou des familles à rassurer, de gérer le flux des patients, de les aiguiller vers d'autres centres plus performants ou vers des médecins de familles ou de premier recours.

Quant aux patients, mis à nus, sans repère, ayant peu de réponses face à leurs craintes, eux aussi découvrent que la réalité des urgences n'est pas celle qu'ils croyaient. A travers l'attente imposée, parfois longue et incompréhensible se développe un sentiment de révolte, d'injustice ou de découragement qui pousse à l'impatience, à la colère et parfois à la violence. Le manque de communication, le sentiment d'opposition de l'équipe soignante à ses exigences et la sensation de son infantilisation contribuent également à l'adoption, le patient, d'un comportement revendicateur de l'insatisfait ou de l'incompris rendant le dialogue encore plus difficile.

Bien que spécifiques et connus, les facteurs du stress aux urgences peuvent, de par leur variété, les circonstances du moment et surtout de l'imprévisibilité des réactions individuelles aboutir à des situations conflictuelles entre le soignant et le soigné.

Pour le soignant, la gravité de la situation, l'afflux massif ou la situation de crise, le manque de temps, les charges et les responsabilités multiples, la personnalité difficile du soigné, les problèmes relationnels avec les collaborateurs et, enfin, la pression publique constituent les principaux stressseurs.

Le soigné, pour sa part, se plaint de l'attente inexpliquée, d'une sensation d'abandon et ne pas être entendu ou pris au sérieux, de manque d'empathie de la part du personnel et de l'angoisse grandissante de sa maladie. Il est donc insatisfait, souvent frustré et parfois révolté. Car travailler dans l'urgence, c'est travailler dans le stress, dans la méconnaissance de l'autre (son histoire, ses envies, ses attentes, sa personnalité, ..) au moment de l'admission. Le malaise semble donc inévitable à un moment ou à un autre.

Les services des urgences deviennent donc ces lieux de crise où une relation va devoir pourtant se nouer entre ceux-là mêmes dont tout est apparemment en opposition et qui le restera malheureusement parfois même après leur rencontre.

#### ALTERNATIVES, SOLUTIONS OU MIRACLE?

L'ensemble des services d'urgences étant de plus en plus confrontés aux problèmes de l'insatisfaction des usagers et les relations conflictuelles y relatives, ont mené diverses enquêtes et analyses afin d'améliorer les conditions du travail au quotidien. Ces analyses de situations, bien que souvent en lien avec certaines spécificités locales, déterminent en général les axes principaux sur lesquels les interventions peuvent être dirigées.

#### TECHNIQUES DE COMMUNICATION

Les services d'urgences sont des lieux où le personnel supporte une charge de stress particulièrement lourde. Qu'il s'agisse de l'hôtesse d'accueil, de l'infirmier responsable de l'organisation de cet accueil (IOA) ou du médecin, il semble indispensable que certaines recommandations en terme de facilitation de la communication et la gestion du stress soient tenues en compte lors de l'accueil du patient.

Un des principes fondamentaux en matière de relations humaines préconise : pour être bien avec les autres, il faut commencer à être bien avec soi-même. Son corollaire en matière de communication est également valable. La relation soignant/soigné implique, en premier lieu, l'établissement d'une relation de respect, d'écoute et de confiance mutuelle. Il devient donc primordial que le soignant entreprenne un travail sur soi afin de mieux gérer ses états internes, son vécu ou ses ressentis.

Ces techniques sont depuis plusieurs années déjà introduites dans le cadre de la formation continue des soignants et notamment certains moyens pratiques proposés par la PNL (Programmation Neurolinguistique), la psychologie cognitive comportementale ou l'analyse transactionnelle et l'assertivité (affirmation positive de soi) que chacun pourra choisir selon sa propre sensibilité et sa personnalité.

Face au soigné, toute maladresse intervenue (ou ressentie comme telle) au début de l'accueil et de l'entretien risque fortement de déboucher sur l'installation, plus ou moins rapide et durable, d'un climat de tension, d'agressivité et de violence, au moins verbale. Le renvoi au guichet administratif en guise de réponse à une souffrance physique (bien que non vitale), la qualité de l'accueil (sourire, se présenter, diverses explications répétitives sur le délai et les raisons d'attente) font parties intégrantes de ce premier contact. Le protocole d'accueil peut être présenté comme : sourire, saluer, identifier, expliquer, informer et rassurer.

Le personnel d'accueil doit garder en tête que soigner aux urgences, c'est être confronté à l'irrespect, aux demandes irraisonnables, aux manifestations d'impatience parfois sous forme de menaces verbales ou physiques ou de chantages. Le rôle du médecin dans certaines

situations s'avère nécessaire et son intervention auprès des patients en attente apportera un crédit supplémentaire (et souvent efficace) à celle de l'IOA.

Il suffit également que le calme de la salle d'attente soit brusquement rompu en raison d'un perturbateur qui, ravi d'avoir un public réceptif, prônera des commentaires désagréables ou provocateurs. Afin d'éviter tout risque de contagion, il convient d'isoler rapidement le meneur et de lui consacrer une approche plus individualisée.

Et enfin face à toute tentative de chantage, la fermeté reste de mise bien que dans certaines situations d'autres alternatives (humour, proposition de voir un cadre supérieur, ..) peuvent être adoptées selon l'opportunité de la situation.

#### FONCTIONNEMENT INTERNE DU SERVICE

Le fonctionnement des services des urgences et les critères en termes de priorité de prise en charge des patients sont de plus en plus codifiés. Contrairement aux autres institutions de la société, le principe de «*premier venu, premier servi*», ne s'applique pas et ne peut s'appliquer dans un service d'urgence. Afin de déterminer la gravité de la pathologie et, par là même, de déterminer l'urgence de sa prise en charge, l'IOA a recours à une grille de Triage standardisée. Les patients transportés par ambulances ou accompagnés du médecin SMUR font exceptions à ce Triage car en principe pré-annoncés, attendus et ne transitent donc pas par la salle d'attente. Ces situations d'urgences graves ou vitales ne présentent toutefois, comme mentionné, qu'un petit pourcentage des admissions.

La majeure partie des admissions aux urgences est donc évaluée à l'accueil par l'IOA qui détermine le degré d'urgence, à l'aide des outils et une formation spécifiques, et qui organise la suite de la prise en charge. Selon l'outil de catégorisation utilisé, 4 ou 5 degrés d'urgence sont définis. Alors qu'un degré 1 implique une prise en charge immédiate et que pour un degré 2 ce délai est de maximum 15 minutes, pour les degrés 3 et 4, respectivement considérés comme urgences relative ou non-urgente, ce délai sera de 120 minutes ou illimité pour le degré 4. Il est donc vrai et compréhensible qu'un degré 3 (délai 120 minutes), suivant la charge de travail et l'afflux des situations plus urgentes, se voit reporter sa prise en charge en faveur des nouveaux arrivés, et ceci parfois de plusieurs heures.

Bien que des textes et des panneaux explicatifs soient mis à disposition des usagers ou affichés dans les services d'urgences, des rappels systématiques sur place par le personnel de l'accueil ou par la voie des médias restent indispensables. En effet, les possibilités de recours aux prestations médicales à disposition de la population ne semblent pas non plus bien connues de celle-ci. Une clarification de la place du médecin de famille ou de premier recours, le recours au 144 et/ou au médecin de garde ou l'accès aux diverses policliniques ou centres médicaux méritent certes une meilleure information.

#### RÉGULATION

Les problèmes liés à la gestion du flux et d'accueil des urgences ont fait l'objet de diverses propositions ou solutions parfois drastiques comme la perception d'une taxe d'urgence de type co-paiement, par exemple.

La régulation en amont du flux des urgences, par la mise sur pied des filières spécifiques de prise en charge, permet également, par un acheminement direct vers la structure hospitalière définitive, de limiter le flux des urgences. Cette régulation en pré-hospitalier peut être centra-

lisée/médicalisée ou non. Elle concernera plus particulièrement les pathologies cardiaques, neurologiques, neuro-traumatologiques, obstétriques ou respiratoires dont l'efficacité et la pertinence ne sont plus à prouver.

La mise sur pied d'une voie rapide au sein des urgences destinée à la prise en charge plus sélective des cas d'urgences modérés voire non-urgents (degré 3 ou 4) permet également de diminuer les délais d'attente de cette catégorie d'admissions qui présente la majeure partie de l'activité des urgences. Il est toutefois primordial que cette activité soit gérée par du personnel médical expérimenté et non par les internes débutants. La participation des médecins de premier recours à cette activité est souhaitée et appréciée par certains centres d'urgences.

### GESTION DE L'ATTENTE

Les services d'urgences ont pour mandat d'offrir, 24h/24, une évaluation et prise en charge adaptés à toute personne souffrante, en détresse ou demandeuse de soins.

Cette évaluation peut être résumée en trois étapes : traitement ambulatoire, hospitalisation en unités de soins adaptés et transfert vers un centre spécialisé. Durant son passage, le patient suit également un itinéraire (en principe standard) le faisant passer par les démarches administratives, l'évaluation de base et Triage, examen clinique et prescription, traitement médical d'urgence, examens complémentaires et, enfin, l'acheminement vers le lieu de séjour définitif. La durée de séjour dans le service d'urgences, liée aux différents délais d'attente lors des étapes mentionnées, est donc imprévisible et constitue une source *quotidienne* de plaintes (parfois à juste titre) de la part des usagers et de *démotivation* pour le personnel. Elle est influencée par plusieurs facteurs : humains, techniques, certaines plages horaires, jours de la semaine, mode de fonctionnement, situations démographiques et/ou géographiques, spécificité du centre (CHU, régional, ..), complexité du traitement et disponibilité de lits d'hospitalisation en aval.

Certaines interventions comme la mise sur pied d'un système de Triage, de la *Voie Rapide*, de filières d'engagement spécifiques, engagement de médecins expérimentés ou différentes actions sur les examens complémentaires permettent de réduire le délai de séjour et ont déjà fait leur preuve.

Les autres facteurs, plus difficilement influençables, nécessitent l'élaboration de stratégies plus spécifiques tant au niveau institutionnel (unité de gestion des lits, lits intermédiaires, salles d'observations, ..) qu'externe comme la collaboration avec la médecine de premier recours, les médecins de famille, les centres médicaux ou diverses policliniques médicales.

### CONCLUSIONS

La durée d'attente et le séjour prolongé des patients dans les services d'urgences constituent les causes principales de l'insatisfaction des usagers et sont sources de stress, de confrontations, d'incompréhension et de conflits au sein des urgences accompagnés parfois d'un comportement agressif ou violent tant sur le plan verbal que physique. Divers facteurs déclencheurs dits stresseurs sont impliqués dans la survenue de ce genre de situations dont certains peuvent être prévenus, atténués ou parfois évités. La mise en place de diverses procédures telles que les filières de prise en charge spécifique des pathologies graves, la régulation du flux en pré-hospitalier ainsi que la formation des soignants en matière de techniques de comportement lors de l'accueil ou des procédures de soins en font certes parties.



L'information au public sur le mode de fonctionnement des services d'urgences et les procédures du Triage et de priorité selon la gravité de l'urgence permettra également d'atténuer le stress, l'angoisse et les exigences, parfois réactionnelles, des usagers. Toutefois, les contraintes socio-professionnelles, les problèmes financiers ou les difficultés d'accès aux soins font des services d'urgences un filet de sécurité qui risque de fléchir sous le poids grandissant de la charge imposée.

#### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Auffray, J. P. & Vig, V. (2008). La régulation des filières de soins. *Urgence Pratique*, 91, 41-42.

Fournier, S., Gaillard, T., Joliat, G. R., Pittier, R., & Riad, S. (2010). L'attente aux urgences: causes, conséquences et solutions. *Primary Care*, 10, 33.

Freudenberger, H. J. (1980). *Burnout: The High Cost of High Achievement*. Anchor Books.

Martin, D. & Moriez, D. (2008). Burn Out Syndrome (BOS) : Epuisement professionnel: l'état d'urgence. *Urgence Pratique*, 90, 19-21.