

François DANET

La pulsion traumatophilique des urgentistes

Les mouvements psychiques des soignants des services d'urgence

Cet article, tiré d'une recherche psychologique et sociologique sur la professionnalisation de la médecine d'urgence, vise à répondre à deux questions : Pourquoi les soignants des urgences décrivent leurs services comme un lieu privilégié d'accueil de la problématique violente au sein du dispositif hospitalier, voire institutionnel ? Quels sont les mouvements psychiques des soignants qui travaillent dans les services d'urgence ? Le cadre général de cette étude est donc le dispositif sanitaire et hospitalier français, et son domaine de recherche, l'irruption de la violence dans l'hôpital via la médecine d'urgence.



François DANET

Mots clés

hôpital, urgence médicale, violence, urgentiste, pulsion traumatophilique.

hospital, emergency unit, violence, emergency physician, traumatophilic drive.

Résumé

L'objet de cet article est d'expliquer les raisons pour lesquelles les soignants des services d'urgence les décrivent comme un lieu d'accueil de la problématique violente, et quels sont les soubassements de leurs mouvements psychiques. La méthodologie de cette recherche s'appuie sur la lecture d'ouvrages et documents sur l'hôpital et la médecine, l'observation participante active au sein de services d'urgence et de spécialité, et sur des entretiens semi-directifs et informels avec des personnels médicaux et paramédicaux de ces services. La médecine d'urgence accueille, tente de soigner et oriente le reste des problèmes cliniques et non cliniques que la médecine hospitalière classique - voire d'autres institutions - ne souhaite pas ou plus traiter. Les urgentistes sont débordés par une pulsion traumatophili-

Tous les agents des services publics disent être confrontés à des phénomènes de violence de la part d'usagers. L'hôpital n'est pas épargné par cette violence, et plus particulièrement les services d'urgence, lieux de toutes les crises à l'interface de la ville et de l'hôpital, ouverts jour et nuit à quiconque s'y présente.

Cette constatation ne peut suffire à se forger une représentation scientifique de la problématique de la violence aux urgences, et en particulier de la valence traumatique qu'elle recèle, tant du côté des soignants que des patients. Par ailleurs, même si la circulaire du 22 octobre 2001 - relative à l'accueil en urgence dans les établissements de santé des personnes victimes de violences et de toute personne en situation de détresse psychologique - a insufflé une dynamique de prise en compte de cette problématique aux urgences, en particulier par l'affectation de psychologues dans les services d'accueil des urgences, il est nécessaire de rappeler que le vécu traumatique que ressentent les soignants de l'urgence médicale n'est pas réductible à l'unique question de l'accueil des personnes violentes, victimes de violences et en détresse psychologique.

MÉTHODOLOGIE

La méthodologie de cette étude s'est appuyée sur plusieurs axes et disciplines, dans une triple temporalité :

- celle de la lecture d'ouvrages, articles et documents, pour percer l'opacité du dispositif hospitalier et sanitaire ;
- celle de l'immersion dans le monde hospitalier et de l'urgence, où a été effectuée une observation participante active : participante par l'immersion au sein de l'objet de recherche, active du fait que l'observateur est impliqué dans la modification de la dynamique du fonctionnement étudié⁽¹⁻⁴⁾ ;
- celle de la visite de services d'urgence, au sein desquels ont eu lieu des entretiens informels avec des professionnels médicaux et paramédicaux, en mettant également en place 22 entretiens semi-

directifs enregistrés avec des urgentistes de ces services. La conduite de ces entretiens visait à établir des liens entre économie psychique, récit de vie, travail et projet professionnel des médecins interviewés, en tentant de les insérer dans un projet global que l'échange aidait à déchiffrer⁽⁵⁻⁹⁾.

RÉSULTATS

L'HÔPITAL N'A PAS TOUJOURS ÉTÉ L'HÔPITAL : Une première constatation permet d'expliquer le malaise que ressentent les soignants des services

d'urgence : alors qu'ils avaient été initialement créés pour accueillir des pathologies aiguës et graves, seulement 2% des situations cliniques que ces services accueillent répondent à cette définition. Exprimée comme telle, cette situation ne peut que renforcer le sentiment d'incompréhension des soignants de l'urgence confrontés aux usagers qu'ils accueillent.

Pour saisir l'écart majeur entre ce pour quoi les services d'urgences ont

été mis en place et l'activité dont ils s'acquittent réellement, il est au préalable nécessaire d'appréhender comment l'hôpital en est venu à s'inscrire dans une mission de soins pour les malades, blessés et femmes enceintes, en considérant la violence comme le plus souvent extérieure à son champ de pratique.

Après 13 siècles passés à héberger les pauvres, les enfants abandonnés et les marginaux, tout d'abord dans une logique compassionnelle religieuse (*les Hôtels-Dieu*) puis dans une logique de contrôle social policier (*les Hôpitaux Généraux*), ce n'est qu'au milieu du 19^{ème} siècle que s'est développée la « médecine clinique » qui a ouvert l'hôpital à la pathologie en tant que telle^(10,11). Cela dit, pour que cette dynamique se développe, les médecins ont dû vider l'hôpital de tous ceux qui ne pouvaient être qualifiés de « patients », ce terme étant circonscrit aux catégories formées par les malades, blessés et femmes enceintes, dont les contours devaient pouvoir être définis avec les nouveaux outils sémiologique, physiopathologique et étiopa-



La médecine entre la chirurgie et la pharmacie. Bernard de Gordon, professeur à Montpellier XV^e s.

thogénique. Les personnes hébergées auparavant par les hôpitaux religieux et policiers, dont ceux qui présentaient des manifestations violentes sur la scène sociale, se sont retrouvées en vacance d'institutions pour les accueillir, processus qui n'a cessé de se renforcer comme nous le verrons tout au long de cet article.

Par l'évacuation des disciplines non cliniques du savoir médical et de la déviance sociale - et donc de la violence - de l'hôpital, les médecins et les hôpitaux ont pu se spécialiser dans les soins qualifiés de « purs », mais ils n'ont pas perçu que la suppression de cette offre ne pouvait annihiler la demande sociale à l'origine de ces pratiques millénaires ancrées dans l'inconscient collectif des populations et institutions accompagnantes, comme la police et la justice.

Résumé (suite)

que qui attaque les tentatives de prise de distance théorico-pratique vis-à-vis des problématiques de leurs patients.

Traumatophilic drive of emergency physicians. Psychological movements of emergency units nursing staff

The object of this article is to explain why emergency units nursing staffs describe their departements like a place of reception of the violent problems, and the bases of their psychological movements. The methodology of this research leans on the reading of works and documents on the hospital and the medicine, active participating observation within emergency units and within specialized departments, and semi-directive interviews and informal conversations with medical and paramedical staffs of these units and departments. The emergency departments accommodate the rest of the clinical and not clinical problems which classic hospital medicine do not wish treat. Emergency physicians are overflowed by a traumatophilic drive which hinder attempts of theoretical and practical distance with patients problematic.

LE DISPOSITIF HOSPITALIER SUR LEQUEL SE GREFFE LA MÉDECINE D'URGENCE :

L'explosion des connaissances et des outils médicaux a conduit à une segmentation des structures hospitalières et à une double division du travail : la première, purement médicale, a vu sextupler le nombre de spécialités ces cinquante dernières années, et la seconde a vu apparaître plus d'une centaine de métiers de la santé qui participent à la prise en charge des patients. Le développement des segments de la profession médicale, vulgarisés sous le vocable de spécialités médicales, est soutenu par une démarche scientifique consistant à transformer des plaintes (*de patients profanes*) en signes, regroupés dans un second temps en syndromes, eux-mêmes liés à une physiopathologie qui trouve sa source dans une ou plusieurs étiologies, qu'il est possible de traiter par des outils spécifiques à la pathologie en cause. Cette subdivision en spécialités médicales exige des malades qu'ils présentent une monopathologie aisément classable selon la nosologie médicale.

Plus récemment, depuis 1982, les gouvernements successifs se sont appuyés sur l'idée que l'accroissement des dépenses de santé devait conduire à des réformes visant à restructurer et réduire l'offre hospitalière, en mettant en place des outils de gestion inspirés du management de l'entreprise, dont l'archétype est le « programme de médicalisation des systèmes d'information » (PMSI) qui permet de classer chaque patient dans un groupe

homogène de malades (GHM). La classification en GHM s'inspire d'une nouvelle catégorisation en maladies, qualifiée de « critériologique », qui repose sur la prééminence d'un trouble unique auquel elle attribue un « tarif » en fonction de la moyenne des durées de séjour et de la lourdeur des soins prodigués sur le territoire français. C'est en s'appuyant sur ce recueil de l'information du PMSI, initié en 1986, que l'allocation de ressources aux établissements de soins s'est orientée dès 2004 vers une « tarification à l'activité » (T2A). Cette logique de segmentation médicale, même si elle apporte des bénéfices en termes de productivité et de qualité des soins, a entravé la coordination entre les différentes unités hospitalières et a éliminé un certain nombre de situations non classables dans une seule spécialité. Selon Dubet ⁽¹²⁾, la tendance à l'hyperspécialisation à laquelle cette dynamique conduit a fissuré le contexte rhétorique qui permettait de combiner la compassion pour la personne et la saisie objective du « corps-machine ».

L'ACTIVITÉ DES SERVICES D'URGENCE :

C'est dans ce contexte d'évolution vers l'hyperspécialisation et de dynamique managériale de l'hôpital que la plupart des services d'urgence pré-hospitalière et hospitalière ont été construits ces trente dernières années, pour servir de filtres médicalisés entre des situations vitales et les services spécialisés.

L'activité des services d'urgence s'est considérablement développée au fur et à mesure que le nombre de lits hospitaliers aigus diminuait et que le champ d'activité des services hospitaliers se réduisait, sous l'influence convergente de l'hyperspécialisation médicale et de la classification en GHM. Elle se partage aujourd'hui entre 2% de situations nécessitant une réanimation ou des soins intensifs, 8% de pathologies médicales à hospitaliser dont une partie non négligeable s'inscrit difficilement dans la subdivision en spécialités, une très grande proportion de personnes âgées en rupture, de patients en crise psychosociale et de consultations non urgentes au sens médical strict, qui annoncent les multiples facettes d'une dépendance médicale de la déviance sociale. Les études sur les « clients » des urgences mettent d'ailleurs en évidence le fait que coexistent une population favorisée, jeune, de sexe masculin, active, résidant à proximité de l'hôpital, présentant une pathologie ne mettant pas en jeu le pronostic vital, qui estime ne pas avoir le temps de consulter un médecin de ville, et une population précaire engagée dans une surconsommation de soins, souffrant d'une intrication de problèmes sociaux, psychologiques, judiciaires et médicaux ⁽¹³⁻¹⁹⁾.

L'observation d'un lieu singulier d'un service d'urgence dénommé « coin fumeur » par les soignants, même s'il y est interdit de consommer du tabac depuis plusieurs années, permet d'éclairer les liens entre les mouvements psychiques des usagers et des soignants des urgences. Il s'agit d'une zone caractéristique de l'architecture composite des services d'urgence où se déroulent des chroniques de l'inquiétude, du co-étayage, de la décharge pulsionnelle et de la violence, qui contaminent les

soignants dont les urgentistes. Il est tout d'abord nécessaire de souligner que l'architecture des services d'urgence est très différente de celle des services de médecine et de chirurgie :

Dans les services de spécialité, l'architecture est assez homogène, avec des chambres, couloirs, bureaux médicaux, offices infirmiers voire des blocs opératoires. L'activité des médecins voit alterner un travail clinique d'examen voire d'intervention chirurgicale dans des lieux individuels et collectifs qui tentent de respecter la confidentialité. Les portes d'entrée et de sortie sont rares et peu poreuses, souvent fermées sur certaines plages horaires, voire toujours fermées comme dans les services d'infectiologie ou d'hématologie.

Les services d'urgence comportent de leur côté plusieurs portes d'entrée ouvertes sur des zones successives non séparées par des portes fermées, mais par des portes battantes ouvertes. Outre la salle d'attente à proximité de la banque d'accueil, ces services comportent de nombreuses zones ou salles d'attente : à proximité de l'unité de radiologie attenante, dans les secteurs de pré-hospitalisation, dans les très larges couloirs comportant des brancards, dans les unités d'hospitalisation de courte durée et les unités de post-urgence où stagnent des familles. Ces zones peuvent comporter des usagers, accompagnants, interlocuteurs professionnels (*pompiers, policiers, gendarmes, ambulanciers, membres ou personnels d'associations caritatives*), voire des visiteurs attirés par les distributeurs de nourriture et boissons (*ambulanciers et pompiers hors du temps de travail, toxicomanes, personnes sans domicile*). De ce fait, l'architecture des services d'urgence ressemble plus à celle des gares et de leurs halls, où cohabitent voyageurs, SDF et forces de l'ordre.

Dans les services d'urgence des grandes villes, comme dans celui décrit ici, les unités chargées d'accueillir des consultants voient leur espace envahi par environ un quart des usagers reposant sur des brancards et accompagnés de leurs proches en attente d'une orientation, pour des durées de plus de 24 heures. Dans ce contexte d'engorgement chronique, les soignants et usagers se croisent, s'observent et se co-étagent, sans possibilité de respecter la nécessaire confidentialité. Le « *coin fumeur* » se situe dans un espace-frontière, à côté d'une porte destinée à l'entrée des patients « *debout* », entre le service d'accueil et l'unité de post-urgence, dans une zone de jonction entre l'hospitalisation et la non-hospitalisation, à la limite de l'intérieur et de l'extérieur, entre jeu et non-jeu médical.

L'étude des caractéristiques cliniques des patients qui « *passent du temps au coin fumeur* » met en évidence qu'ils constituent les archétypes des personnes indésirables par les services de spécialité, du fait de présenter des troubles stigmatisants (*délinquance, antécédents d'incarcération, toxicomanie, hépatite B et C, SIDA, maladies mentales non suivies, mineurs fugueurs et errants, auteurs et victimes de violences*) et d'être « *flous* » au regard



■ « une perte de confidentialité » ■

du calibrage édicté par les grandes institutions comme la Santé et le Droit, c'est-à-dire difficiles à désigner selon une classification nosologique ou juridique par exemple.

Si des lieux comme le « *coin fumeur* » émergent aux urgences, c'est justement parce que les services d'urgence s'inscrivent dans une dynamique non congruente avec les projets du système sanitaire qui les a fait naître : d'un côté l'idéal de

réduction de l'homme à un certain nombre de fonctions, dont le corollaire est le fantasme d'omnipotence sur le segment corporel « *nettoyé* » de toute subjectivité ; de l'autre la logique du PMSI qui distingue les patients « *rentables* » de ceux relégués hors des réseaux de fabrication des ressources financières dignes d'une reconnaissance médicale. Les patients du « *coin fumeur* » constituent le reste des problèmes non désirés par les médecins et l'administration,

qui transgressent la triade « *propreté, ordre et beauté* » que Freud, en 1929, ⁽²⁰⁾ définissait comme celle de la civilisation. Pour Bauman ⁽²¹⁾, « *tombés dans la déchère* » après des déchéances successives, ils font figure d'épaves humaines et sont autant de rebus d'un système social ordonné sous le primat du calcul économique. En ce sens, les zones interstitielles des services d'urgence, voire les urgences tout entières, constituent le souvenir vivant de l'Hôpital général de l'Ancien Régime, en tant que lieu d'accueil et de contenance « *du bas, de l'inférieur, de l'impur, de l'infect, de l'infirme, de l'indigne, de l'intouchable* », c'est-à-dire du « *déchet social* » selon Lhuillier et Cochin ⁽²²⁾.

Ce qui émerge dans les espaces intermédiaires du service constitue des sortes de saynètes, c'est-à-dire de courts intermèdes comme il en existe dans les entractes des grandes pièces de théâtre ⁽²³⁾. **Ces**

lieux permissifs et régressifs représentent des espaces à la frontière de la technique et de l'accueil qui servent de réceptacles aux expressions les plus intimes et les plus archaïques des patients, pour reprendre les concepts de Roussillon ⁽²⁴⁾. Ils permettent aux personnes de s'inscrire dans une forme de non-individuation, comme l'a décrite Bleger ⁽²⁵⁾. La sociabilité qui s'y développe, que cet auteur a appelé la « *sociabilité syncrétique* », se fonde sur une immobilisation des parties non différenciées du psychisme. Ils sont également un lieu d'exhibition de la limite qu'ils dépassent devant ceux qu'ils ne désignent pas explicitement comme dépositaires de leurs « *résidus non symbolisés* » selon Anzieu ⁽²⁶⁾, tout en leur indiquant qu'ils deviennent leurs « *panseurs de secret* » selon Valabrega ⁽²⁷⁾. Dans les « *lieux-poubelles* » comme le coin fumeur, l'usager montre à celui qui est censé le protéger, à savoir le soignant, la violence dont il est porteur et qui pourrait le conduire éventuellement à mourir.

LES SERVICES D'URGENCE COMME DISPOSITIFS ANTI-CRISE :

Comme l'avait déjà démontré Debout ⁽²⁸⁾, l'augmentation du recours à l'urgence médicale dans un contexte d'hyperspécialisation croissante et de réduction des lits hospitaliers d'aval s'explique par le fait que, lorsque les ressources internes de ces personnes sont défaillantes et les ressources externes dépassées, les urgences hospitalières se transforment alors en l'ultime recours, même si le motif ne semble ni strictement médical ni réellement urgent. Le « *malaise* » que ressentent ces usagers et l'idée qu'ils ont d'une prise en charge immédiate résolutive de leurs difficultés ne font qu'accroître leur avidité, elle-même source de sentiments d'abandon et, finalement, bien souvent d'agressivité et de violence. Dans ce contexte, les urgentistes sont en difficulté pour comprendre que des « *patients demandeurs de soins* » puissent par ailleurs se montrer violents et menaçants.

On le voit bien, alors que la médecine clinique, scientifique puis de l'hôpital-entreprise a confondu le moyen et le but, en fétichisant la classification et le soin à la défaveur de la valence institutionnelle anti-crise décrite par Kaës ⁽⁴⁾, les services d'urgence se présentent comme des dispositifs anti-crise, même si c'est au sein d'un univers aléatoire, « *bordélique* », pulsionnel et cacophonique. On peut considérer que les usagers des urgences traversent, si l'on reprend la définition de Guillaumin ⁽²⁹⁾, une crise, c'est-à-dire « *une mise en faillite objective - subjectivement vécue - des régulations d'un système personnel* ».

Les soignants côtoient chaque jour des situations hétérogènes de crise chez des personnes submergées par des atteintes subjectivement ressenties comme graves. Ces usagers confrontés à la faillite d'un système défensif habituel déjà bien souvent défaillant, vont projeter sur leurs interlocuteurs les contenus archaïques angoissants qu'ils ne peuvent

contenir et qui les envahissent. Ces contenus sont incorporés inconsciemment dans le vécu interne des soignants, dont les médecins des urgences. C'est ainsi que les affects des patients vont insidieusement exercer un effet réel sur la psyché du receveur, en l'occurrence le soignant, par un mécanisme d'identification projective. La communauté de symptômes ainsi installée va plonger les médecins dans le même vécu de débordement psychique incontinable que celui qu'éprouvaient ou qu'éprouvent les patients. L'identification projective exerce ainsi une fonction de protection du Moi du patient, en permettant à ce dernier d'expulser partiellement les éléments inélaborables issus de ses conflits psychiques. C'est dans ce contexte que par un effet de miroir, les soignants de l'urgence, dont les médecins, confrontés à ces vécus internes qui les envahissent, peuvent répondre dans le registre de l'agir, afin d'obtenir un effet rupteur de détente anxiolytique sur l'angoisse de l'inélaborable et de l'inélaboré qui les envahit selon Morasz ⁽³⁰⁾.

LES RÉACTIONS DES URGENTISTES À LA VIOLENCE :

Les propos des urgentistes concernant les patients qui présentent des décharges pulsionnelles et des débordements violents sont souvent également particulièrement violents, et évocateurs de l'analogie comme « *merdes* » ou de l'oralité comme « *daubes* ». On peut considérer que leurs réactions procèdent d'une forme de violence originaire, liée aux restes non élaborés auxquels ces soignants sont confrontés. Cette violence destructrice est l'effet d'un défaut de symbolisation qui met en évidence que les fonctions symbologènes du cadre de soin sont attaquées par l'afflux de patients et le caractère hétérogène des situations cliniques, ou défaillantes du fait de l'organisation psychique et

groupale des personnels et du lieu de soin.

L'irruption de groupes de patients souffrants de problématiques limites, avec des actings violents, dirigés contre les policiers voire les soignants, une expression pulsionnelle directe dans le champ de l'outsight, une primauté de l'agir sur la secondarisation des processus primaires, une paralysie des capacités internes et externes de liaison, une détransitionnalisation du rapport dedans/dehors

et le défaut de différenciation Moi/non-Moi, impacte le psychisme des soignants de la façon suivante :

Ils sont plongés dans des réactions spéculaires qui se manifestent par une tendance à l'excitation pulsionnelle, un recours à l'agir, un gel de toute souplesse psychique et une perte des capacités de distanciation.

Les limites sociales entre les soignants sont attaquées avec une indifférenciation entre les réactions des personnels paramédicaux et médicaux. Les médecins sont dans l'incapacité de se situer psychiquement à l'écart de la contamination violente entre patients et soignants, ce qui induit des mouvements d'identification projective par envahissement des éléments bêta

« *l'hôpital entreprise confond le moyen et le but* »

Bibliographie

1. - Michiels-Philippe MP. Textes des bases en psychologie : l'observation. Paris : De-lachaux et Niestlé, 1984.
2. - Massonat J. Observer, In : Blanchet A et al., Les techniques d'enquête en sciences sociales. Paris : Dunod, 1987 : 17-79.
3. - Quivy R, Van Campenhoudt L. Manuel de recherche en sciences sociales. Paris : Dunod, 1992.
4. - Kaës R. Introduction à l'analyse transitionnelle (1979). In : Kaës R et al., Crise, rupture et dépassement. Paris : Dunod, 1997 : 1-83.
5. - De Gaulejac V. La névrose de classe. Trajectoires sociales et conflits d'identité. Paris : Éditions Hommes et Groupes, 1987.
6. - Pedinielli JL. Introduction à la psychologie clinique. Paris : Nathan Université, 1994.
7. - Francequin G. Histoires de vie et pratiques de l'orientation. L'orientation scolaire et professionnelle 1995 ; 24 (3) : 301-325.
8. - Giust AC. Entretien (2002). In : Barus-Michel J, Enriquez E et Lévy A, Vocabulaire de psychosociologie. Paris : Erès, 2003 : 343-352.
9. - Giust-Desprairies F, Lévy A. Analyse du discours (2002). In : Barus-Michel J, Enriquez E et Lévy A, Vocabulaire de psychosociologie. Paris : Erès, 2003 : 289-301.

- contenus persécutifs bruts faits de violence et de bizarrerie selon Bion⁽³¹⁾.

Les médecins des urgences sont alors en difficulté pour déployer leurs contenus psychiques dans la zone de soins, ce qui entraîne une fermeture relationnelle, un repli sur des positions subjectives affirmées, une perte de souplesse au profit de certitudes, de procédures, de règlements.

Quand ils parlent de la violence, les urgentistes rencontrés subdivisent sa problématique en trois catégories :

D'une part, ils parlent de la violence qui leur semble compréhensible médicalement, liées par exemple à une maladie mentale ou une ivresse.

D'autre part, ils abordent la question de la violence liée aux conditions de l'accueil des urgences, dont la longue attente, renforcée par l'origine sociale, qu'ils peuvent atténuer, voire faire disparaître par leurs habiletés organisationnelles.

Enfin, ils abordent la violence qui sort de ces deux champs, médical et organisationnel, du ressort selon eux de la police, voire ensuite de la justice.

LES MOTIVATIONS INCONSCIENTES CONDUISANT À DEVENIR URGENTISTE :

La confrontation quotidienne des soignants de l'urgence à des situations exclues de la segmentation médicale traditionnelle interroge sur leurs motivations à avoir choisi ce mode singulier d'exercice peu valorisé par les pairs, même s'il fait par ailleurs l'objet d'une héroïsation dans les médias⁽³²⁾. L'étude de ces motivations peut permettre d'appréhender autrement que comme une simple réaction en miroir la façon dont ils répondent à l'hétérogénéité et aux conséquences violentes des situations qu'ils accueillent.

Pour commencer, il est possible de rappeler les résultats des études sur les motivations conscientes et inconscientes pour devenir médecin, réalisées et synthétisées par Jeammet et al. en 1993⁽³³⁾ :

Le désir de voir ou de savoir. Le fait d'être médecin permet de transgresser le fait de voir et toucher ce qui est caché, les corps, les sexes et même les intérieurs. Il oblige à côtoyer la mort et ouvre sur des recherches qui visent à trouver les clés des énigmes sur la vie et la mort. La soif de savoir s'exprime alors sous une forme socialisée qui interroge et se fixe sur un désir archaïque et refoulé de répondre à un questionnement angoissant sur les origines sexuelles de la conception.

Le désir de réparer. D'une part, il s'agit de réparer la mère qu'on aurait agressée, en d'autres termes

de réparer les conséquences supposées de l'agressivité inconsciente de l'enfant, qu'elle ait été ou non intériorisée. D'autre part, il s'agit de réparer la blessure narcissique qui est infligée par l'incomplétude de n'être que d'un sexe, cette castration issue de l'appréhension de la différence des sexes.

Le plaisir sexuel licencieux d'accéder à des parties du corps normalement réservées à l'usage intime, dont le « jeu du docteur » de l'enfance est une image exemplaire, allié à un plaisir sadique et de maîtrise qui forment le contrepoint du désir de soigner et de réparer.

Alors que les autres personnels soignants partagent avec les médecins

les préoccupations précédentes, le désir de pouvoir est plus spécifique aux médecins. Il vient répondre au désir infantile de toute puissance sexuelle, et s'exprime par sa socialisation morale, financière et politique.

Les motivations propres à chacun,

dont le désir d'un parent d'exercer cette profession, le désir de pouvoir soigner un parent réellement malade,

et le désir d'identification à un médecin dans la famille ou qui aurait guéri un membre de la famille.

Nombre de ces désirs sont communs à l'ensemble de l'humanité, dont le désir de réparer des attaques maternelles. Mais chez les médecins, ce désir, d'une part, trouve à se fixer sur les malades, les organes, les fonctions vitales, voire le système sanitaire (*pour la santé publique*) et, d'autre part, offre un espace de sublimation qui permet de déplacer au moins partiellement ce désir de la sphère intime vers la sphère professionnelle.

Cette étude a démontré que les urgentistes concrétisent peu leur désir de savoir sous la forme d'un investissement pour tel ou tel segment de l'humain, contrairement aux spécialistes, dont la pulsion épistémophilique s'exprime à travers leurs connaissances exhaustives et renouvelées, leurs articles scientifiques, DEA, voire thèses de sciences. Les urgentistes tentent de faire face aux flux continus de patients et de situations cliniques hétérogènes en bougeant et en se déplaçant constamment. On peut considérer cette agitation comme consécutive de l'atmosphère traumatique des services d'urgence, dont les situations de violence sont l'élément le plus manifeste. Selon Haroche⁽³⁴⁾, ce mouvement entraverait la possibilité de réflexion et les processus d'élaboration des perceptions à partir des sensations.

Les propos entendus lors de l'observation participante et recueillis lors des entretiens semi-directifs mettent en évidence que chez les urgentistes le



Bibliographie (suite)

10. - Foucault M. La naissance de la clinique (1963). Paris : PUF, 2000.
11. - Imbert J. Histoire des hôpitaux français. Paris : Vrin, 2000.
12. - Dubet F. Le déclin de l'institution. Paris : Seuil, 2002.
13. - Bleichner G, Manet P, Desboudard S. Enquête sur le fonctionnement des services d'accueil et d'urgences de 260 hôpitaux français. Réan Soins Intens Med Urg 1990 ; 6 (1) : 31-37.
14. - Gallon V. Motivation des personnes venant consulter spontanément au service des urgences de l'hôpital de Versailles. Thèse de médecine, Université Paris-Ouest, 1995.
15. - Gau V. Profils et motivations des personnes venant consulter aux urgences de l'hôpital Édouard Herriot de Lyon. Thèse de médecine, Lyon, 1999.
16. - Sergeenkoff D. Profil et motivations des patients venant directement aux urgences. Thèse de médecine, Poitiers, 1995.
17. - Bonnet H. Urgences ressenties : analyse des motivations du recours croissant au secteur hospitalier. Thèse de médecine, Toulouse, 2001.
18. - Tilhet-Coartet S. Recours aux structures d'aide médicale urgente : élaboration d'un protocole d'action, méthode d'évaluation, analyse clinique. Mémoire de DEA, Méthode d'Analyse des Systèmes de Santé, option gestion et évaluation des systèmes de soins, Université Jean Moulin - Lyon III, 2004.

désir global de réparer ne se condense pas sur une portion de l'humain, mais s'exprime par de fortes motivations à « *soulager la douleur* » et à « *sauver la vie* », avec une dimension héroïque prégnante : le statut de « sauveur » - quand l'urgence est investie comme le lieu de soin des situations aiguës et vitales, et une attirance pour la « *polyvalence* », la « *variété* », quand l'urgence est investie comme un dispensaire de médecine générale assorti d'un plateau technique hospitalier. Ils se disent plus attachés à la dimension salvatrice de la médecine qu'au prestige inhérent au statut de médecin auquel adhèrent les médecins spécialistes. Dans ce contexte, ils constituent un souvenir vivant de la logique de l'hôpital lieu d'hébergement pour indigents de l'Ancien Régime, alors que leurs « *collègues spécialistes* » lui ont substitué la logique d'objectivation et de segmentation du corps en organes et fonctions.

Ce qui fait l'objet de motivations prégnantes et non démenties chez les urgentistes est surtout le goût de l'imprévu et du risque : « *gérer plusieurs situations compliquées avec une contrainte de temps, ça c'est valorisant par rapport aux médecins de ville et d'aval* » ; « *ce qui fait la spécificité du travail, le charme, c'est que jamais rien n'est réglé* » ; « *c'est l'absence de règle et de cadre qui est passionnant* ». Pouvoir conduire un raisonnement

médical dans un environnement aléatoire, identifier le problème médical, faire le bon diagnostic et orienter convenablement, tels sont les ingrédients qui procurent du plaisir aux urgentistes.

Les propos des urgentistes recueillis lors des entretiens semi-directifs et entendus au sein de l'observation participante mettent en évidence que cela leur plaît d'être sur la scène de la polyvalence et de l'imprévu, d'être ensemble dans un lien groupal déhiérarchisé avec les personnels paramédicaux, et surtout de « *sortir* » pour ceux qui « *font du SMUR* ». Cette logique donne à l'acte une double valence, à la fois anxiolytique (*agir pour ne pas penser*), et anxiogène, sous la forme d'une tension interne qui peut devenir insupportable : « *j'aime quand c'est speed, mais quand c'est trop speed, ça devient pénible. On en parlait l'autre jour avec un infirmier, c'est la même chose qui rend pénible et qui nous plaît* » ; « *ce qui me plaît, c'est l'adrénaline quand le patient arrive avec des symptômes assez marqués et qu'il faut agir rapidement dans un contexte rapide. Ça va très vite, j'ai besoin de ça pour vivre. Le contact dialogue, c'est pas ma personnalité* »... Ces propos révèlent une coexistence de douleur et d'excitation face à l'atmosphère traumatique de la situation, ce qui conduit à penser que les médecins des urgences présentent une forme d'attirance pour le traumatisme, une « *pulsion traumatophilique* » qui les différencie des médecins spécialistes habités par la « *pulsion épistémophilique* ».

Alors que la pulsion épistémophilique se développe chez des enfants qui réagissent au traumatisme en clivant leur Moi en une partie douloureuse quasi-agonique et une partie réparante qui hyperinvestit le savoir dans une dynamique antidépressive, la

pulsion traumatophilique consiste à rechercher les ambiances traumatiques, à la fois pour éprouver l'excitation que les traumatismes de l'enfance ont générée et pour se donner l'illusion que l'âge adulte leur a permis de les maîtriser, selon Szwec⁽³⁵⁾. Il est intéressant de souligner que la pulsion traumatophilique est largement répandue dans la patientelle des services d'urgence, en particulier chez les suicidants, éthyliques, toxicomanes, victimes et auteurs de violences conjugales. Il y a de ce fait une communauté de symptômes entre les usagers de l'urgence et les médecins qui les accueillent et tentent de les soigner, ce qui amplifie la marginalisation des uns comme des autres.

Alors que la médecine clinique et scientifique de spécialité s'inscrit dans une rationalisation que Weber⁽³⁶⁾ connectait au « *désenchantement du monde* », les urgentistes tentent d'incorporer à cette médecine une nouvelle façon de travailler, dans une atmosphère de plaisir et d'excitation au visage ré-enchanté.

Au fond, pour rester dans le champ de la psychologie clinique, on peut dire schématiquement que le travail des urgentistes leur fournit une anxiolyse par le biais de la répétition d'actes, et une valence antidépressive par l'étayage groupal déhiérarchisé qui trouve son acmé dans des moments

critiques. Chez les spécialistes, l'anxiolyse serait fournie par l'activité intellectuelle solitaire, et la valence antidépressive par l'épreuve vérificatrice récurrente du savoir-faire, toutes deux étayées par un compagnonnage différencié. Le point commun de ces deux classes socioprofessionnelles est que l'hôpital, par sa propriété collective et institutionnelle, est le seul lieu d'exercice de la médecine qui puisse leur permettre de réaliser leurs désirs.

LES COMPÉTENCES DES URGENTISTES :

Si l'on souhaite définir les compétences des urgentistes, encore faut-il trouver une définition de ce concept. Selon Chomsky⁽³⁷⁾ qui a introduit le concept de compétence en sciences humaines pour désigner ce qui, chez l'individu, s'actualise par la performance dans une situation donnée, la compétence peut être définie par « *l'intériorisation d'un système de règles permettant de comprendre et d'émettre des énoncés* ». La sociologie du travail a mis en évidence que la compétence est un construit social répondant à d'autres logiques que celles strictement limitées à l'identification et à l'évaluation des conditions individuelles de la performance au travail. Pour Stroobants⁽³⁸⁾, « *c'est par opposition à la transmission scolaire classique des connaissances et par opposition à l'ancienne logique de la qualification que l'originalité des compétences va s'affirmer. [...] À la différence de la qualification qui ne dissimule pas son caractère conventionnel et relatif, la compétence, assimilée à un attribut personnel, tend à naturaliser les différences de traitements entre les actifs* ».

Ainsi, les urgentistes tolèrent voire apprécient, d'une part, la désorganisation, l'atmosphère hostile, la violence, la vie groupale, la déhiérarchisation

« *les urgentistes tolèrent voire apprécient l'atmosphère hostile* »

Bibliographie (suite)

19. - Le Moigne R, Van Langenhove T, Wahl O, Cram D, Ruchaud M. Étude comportementale des consommateurs d'urgence, Rapport final Projet industriel. Lyon, École Centrale de Lyon, 2005.
20. - Freud S. Malaise dans la civilisation (1929). Paris : PUF, 2002.
21. - Bauman Z. L'amour liquide (2003). Rodez : Le Rouergue / Chambon, 2004.
22. - Lhuillier D, Cochin Y. Des déchets et des hommes. Paris : Desclée de Brouwer, 1999.
23. - Pavis P. Dictionnaire du théâtre. Paris : Armand Colin, 2004.
24. - Roussillon R. Espaces et pratiques institutionnelles. Le débarras de l'interstice (1987). In : Kaës R, Bleger J et al., L'institution et les institutions, Études psychanalytiques. Paris : Dunod, 2000 : 157-178.
25. - Bleger J. Le groupe comme institution et le groupe dans les institutions (1970). In : Kaës R, Bleger J et al., L'institution et les institutions, Études psychanalytiques. Paris : Dunod, 1988 : 44-61.
26. - Anzieu D. Le groupe et l'inconscient (1975). Paris : Dunod, 1996.
27. - Valabrega JP. La Relation thérapeutique malade-médecin. Paris : Flammarion, 1962.
28. - Debout M. Psychiatrie d'urgence, médecine de la crise. Paris : Masson, 1981.
29. - Guillaumin J. Pour une méthodologie générale des recherches sur les crises (1979). In : Kaës R et al., Crise, rupture et dépassement. Paris : Dunod, 1997 : 222-256.

avec les personnels paramédicaux qui procèdent d'une contamination symptomatique de l'atmosphère violente et traumatique, et, d'autre part, les activités de rationalisation de l'organisation, de l'architecture à l'informatisation qui constituent des mécanismes de défense contre cette contamination. Dès lors qu'ils éprouvent un certain plaisir à s'immerger dans ce mode de sociabilité traumatique et violent, on peut s'interroger si leurs compétences ne sont pas le résultat de fixations érotisées sur des éprouvés traumatiques de l'enfance, qu'ils revivent dans leur travail quotidien.

D'un côté, l'appétence pour un travail traumatique écraserait les possibilités d'obtenir des qualifications médicales et de produire et transmettre des savoirs cliniques et scientifiques, des savoir-faire diagnostiques et thérapeutiques et des réflexions éthiques. De l'autre, le fait qu'ils affectionnent l'immersion dans des atmosphères qui répugnent les médecins spécialistes les rendrait plus aptes à communiquer dans des univers variés et hostiles, qualité qui s'apparente à une compétence transversale, une forme de « *savoir-être* » ou de « *savoir social* » pour reprendre les termes de Stroobants⁽³⁹⁾.

De même que la pulsion épistémophilique est un symptôme que les médecins spécialistes transforment en compétence, la pulsion traumatophilique est un symptôme que les médecins des urgences transforment en compétence. La fixation érotique de ces deux catégories de médecins hospitaliers pour des symptômes qui s'origineraient dans des vécus traumatiques infantiles conduit les médecins spécialistes à toujours plus exclure les situations cliniques non calibrées par leur attrait pour le savoir, et les médecins des urgences à l'expansion de leur activité dans une dynamique addictive à l'excitation qu'elle procure.

CONCLUSION

La régulation des soins hospitaliers oscille entre la dépendance aux normes professionnelles édictées par les médecins, la dépendance aux modèles d'organisation de l'offre définis par les experts en management, et la dépendance à l'univers autoréférencé qu'induit l'afflux d'usagers aux urgences. Les logiques de rationalité et de division du travail, sous l'égide du « *désenchantement du monde* » décrit par Weber⁽³⁶⁾, ont exclu de l'hôpital ceux qui étaient auparavant hébergés dans des logiques compassionnelle et sociale. L'homo sapiens, patient de la médecine programmée et segmentée, côtoie maintenant l'homo demens des urgences qui fissure l'édifice bâti avec les charpentes médicale et administrative.

Du fait d'être immergés dans la scène violente de l'urgence avec des patients dont la détresse se manifeste par des débordements dont la fonction leur est peu compréhensible, les soignants de l'urgence sont envahis à leur insu par des mécanismes psychologiques qui les empêchent de penser l'espace de soins comme un « *espace psychodramatique* » ayant pour mission de fournir un réseau d'étayages aux patients pour que se résolve la « *crise* » ayant précédé le recours aux urgences.



Dessin extrait de : «Les Zurgentistes». Sauramps Médical.

La problématique des services d'urgence participe de l'expansion de la catégorie du « *reste* » aux déclinaisons multiples - les « *banlieues* », les « *exclus* », les « *vieux* », les « *inemployables* » - au sein de notre société organisée autour de la promotion de la pureté catégorielle et de l'efficacité. Ces nouvelles professions aux contours flous - médiateur, auxiliaire de vie, « *grand frère* », coach, urgentiste - qui ont pour mission de contenir, neutraliser et recycler ces restes, sont également chargés de favoriser le maintien et l'entretien des pactes dénégatifs construits autour de l'occultation de ce que ces résidus révèlent et rappellent.

L'étude des motivations inconscientes et des mécanismes psychologiques mobilisés dans l'activité aux urgences met en évidence les antagonismes qui se creusent entre les deux populations médicales hospitalières de la médecine de spécialité et de l'urgence :

La première, nourrie par une pulsion épistémophilique, conduit à exclure les situations cliniques non calibrées par l'hyperspécialisation médicale.

La seconde, débordée par une pulsion traumatophilique, attaque toute tentative de prise de distance théorico-pratique vis-à-vis de ces situations cliniques qui « *atterrissent* » aux urgences.

Les spécialistes et les urgentistes se trouvent ainsi dépositaires des caractéristiques de leurs patients respectifs, qu'ils expriment en miroir par leurs façons d'être, de penser et d'agir, et annoncent les multiples facettes du lien à venir entre les citoyens, les professionnels de santé et l'hôpital. Le développement et l'institutionnalisation de la médecine d'urgence, qui s'opèrent actuellement par la création du diplôme d'urgentiste, devront prendre en compte les particularismes psychologiques des urgentistes, en particulier parce qu'ils pourraient annoncer une rénovation transgressive d'un hôpital de plus en plus spécialisé. ■

François DANET

Psychiatre, Docteur en sociologie, Chercheur associé du laboratoire Santé-Individu-Société (Institut de psychologie, Université Lumière-Lyon 2) ; Société Rhône-Alpes de psychosomatique (CH Lyon-Sud)

Courriel : francoisdanet@voila.fr

Article publié dans : « *Stress et Trauma* » 2007 ; 7 (4) : 269-277.

Bibliographie (suite)

30. - Morasz L. Comprendre la violence en psychiatrie. Paris : Dunod, 2002.
31. - Bion WR. Aux sources de l'expérience (1962). Paris : PUF, 2001.
32. - Laidi Z. Le sacre du présent. Paris : Flammarion, 2000.
33. - Jeammet P, Reynaud M, Consoli S. Psychologie Médicale. Paris : Masson, 1993.
34. - Haroche C. Manières d'être, manières de sentir de l'individu hypermoderne. In : Aubert N et al., L'individu hypermoderne. Paris : Érès, 2004 : 25-38.
35. - Szewc G. Adultes naufragés - nourrissons en perdition : réflexions sur l'utilisation autocalmante du danger et de l'effroi. Revue Française de Psychanalyse 1994 ; 3 : 743-761.
36. - Weber M. L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme (1905). Paris : Gallimard, 2004.
37. - Chomsky N. Aspects de la théorie syntaxique. Paris : Seuil, 1994.
38. - Stroobants M. La production flexible des aptitudes. Éducation permanente 1998 ; 135 (2) : 11-21.
39. - Stroobants M. Savoir-faire et compétences au travail. Une sociologie de la fabrication des aptitudes. Bruxelles : Éditions de l'Université de Bruxelles, 1993.

Vous avez aimé cet article, vous aimerez :

- La médecine d'urgence. Vers de nouvelles formes de travail médical, éditions Érès, 2008.
- Où va l'hôpital ? Quelques réflexions pour sortir du catastrophisme, éditions Desclée de Brouwer, 2008.

Cet article a été soumis au comité de lecture d'Urgence Pratique et validé.