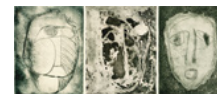


Psychiatrie et violence



Psychiatrie et violence

La violence sur la scène des urgences

Y. Gansel, J. Grison-Curinier, F. Plet et F. Renault

Volume 5, 2005

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1074594ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1074594ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Institut Philippe-Pinel de Montréal
Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du Département de
psychiatrie du CHUV (Suisse)

ISSN

1702-501X (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Gansel, Y., Grison-Curinier, J., Plet, F. & Renault, F. (2005). La violence sur la scène des urgences. *Psychiatrie et violence*, 5. <https://doi.org/10.7202/1074594ar>

La violence sur la scène des urgences

Y. GANSEL*, J. GRISON-CURINIER*, F. PLET*, F. RENAULT*

À travers l'analyse de la violence naissant du seul fait de l'urgence, nous étudions le processus d'acting. Dans les services d'urgence, la technicité et l'efficacité médicales se lient paradoxalement à la confusion et aux difficultés de communication. Ce lieu devient ainsi propice à une mise en acte, dans la réalité, de fantasmes, de scènes familiales, de drames dont le déroulement s'agit à l'insu des malades, de leur famille et des praticiens. La scène des urgences ne doit pas être celle d'un psychodrame sauvage. L'urgentiste doit aussi tenir compte de l'opacité du fait psychique pour tenter de prévenir, au sein de son service, la commission d'actes violents qui n'émanent pas toujours de ses malades.

Si la violence rencontrée dans le cadre de l'hôpital, et des urgences en particulier, est ancienne, elle est le plus souvent considérée comme symptôme et prise en charge en tant que tel. La pathologie psychiatrique et les états confuso-toxiques sont les grands pourvoyeurs de troubles du comportement potentiellement violents. La violence s'inscrit alors dans un modèle médical dont les modalités de soin sont bien définies, les différents services d'urgence et les services de psychiatrie se trouvant en première ligne face à ces manifestations. Des exemples récents d'incidents violents, avec parfois des agressions graves du personnel soignant, font évoquer une violence d'un autre ordre, plus "gratuite" ou "contextuelle". Ces actes violents représentent une attaque directe de l'institution ou des personnes et peuvent émerger tant des malades que des personnes qui les accompagnent. Cette violence ne s'apparente alors plus à un symptôme psychiatrique, mais peut-être à un symptôme plus social, dans un moment où l'expression de la violence dans la société est en pleine mutation. Ainsi, des comportements violents atteignent dorénavant les services publics : police, école, mais aussi pompiers ou transports urbains... et l'hôpital.

Si les rapports qu'entretient l'institution hospitalière avec la violence changent, est-ce le fait d'un changement des missions hospitalières ou des représentations que chacun s'en fait ?

Il s'agit alors moins d'examiner la pathologie traitée aux urgences que ce qui se joue autour de l'action de soin.

LA SCENE DES URGENCES

Les urgences pourraient être assimilées à un hôpital dans l'hôpital, investies d'une mission de régulation. Mais cette idée de filtre n'est pas satisfaisante pour rendre compte de la complexité de cette interface entre le dedans et le dehors. Au-delà d'un va-et-vient entre porte d'entrée et porte de sortie (beaucoup de patients ne sont reçus qu'en simple consultation), il existe une zone mal délimitée tant sur le plan géographique que temporel : certains patients sont déjà pris en charge, mais en attente d'exams, d'avis spécialisé ou d'un service de post-urgence, en rappelant que les urgences ne fonctionnent pas sur le modèle d'une spécialité, et encore moins comme une sorte de filière en "train continu" où les actes, les décisions, les diagnostics et les orientations s'encastrent dans une temporalité sans solution de continuité. L'urgence fonctionne dans un référentiel spatio-temporel différent des services classiques. Le temps n'est plus le temps social : la présence continue des soignants à toute heure du jour et de la nuit entretient le sentiment d'une continuité chez les patients qui admettent donc difficilement d'être confrontés au temps du dehors. Le temps subjectif devient binaire, entre la contraction de l'immédiateté contenue dans la demande et la dilatation d'une attente perçue comme indue. C'est dans cette perspective que les patients supportent mal l'idée que tel médecin soit rentré chez lui ou tel soignant soit occupé ailleurs. Dans cet espace jalonné de brancards entre lesquels les soignants, les familles se croisent dans un mouvement incessant, flotte un sentiment d'étrangeté. Cet espace, qui n'a que l'allure de la transitionnalité, semble en effet offrir une illusion de présence et de disponibilité permanentes, contrastant avec la discontinuité vécue par chacun risquant de donner à l'absence même momentanée du soi-

* Institut universitaire Alexandre Lacassagne, 8 avenue Rockefeller, 69008 Lyon.

gnant un caractère définitif, voire catastrophique. L'aspect confus et éparpillé des urgences, où même les soignants se cherchent les uns les autres, vient en décalage avec la rigueur organisée et minutée que les patients et familles attendent à leur arrivée. Dans ce climat, les sentiments d'incompréhension, d'abandon, voire d'irrespect, grandissent avec l'attente, la douleur physique ou psychique, et l'angoisse. La scène de l'urgence tient parfois du champ de bataille, du moins dans sa perception superficielle, car elle obéit évidemment à des principes d'efficacité et de cohérence dans un modèle d'organisation qui échappe à un regard de surface. Même s'il n'est qu'apparent, ce désordre induit des malentendus, et le passage aux urgences peut être vécu comme une expérience déroutante, frustrante, voire violente. Même en laissant délibérément de côté la question authentiquement préoccupante d'une violence exercée par les soignants, l'institution de soins produit dans ses interactions des effets qui peuvent être très désorganisateurs.

SITUATIONS

- Trois frères amènent leur mère en urgence pour un malaise. L'évaluation clinique initiale de la symptomatologie est rassurante et, d'emblée, le risque vital est éliminé. Après un temps d'attente tout à fait satisfaisant pour un service d'urgences, la patiente est prise en charge par un médecin de garde. Ses fils patientent en salle d'attente lorsqu'ils l'entendent crier. Ils se précipitent alors dans le box d'examen où ils découvrent leur mère gisant au sol, avec un médecin à ses côtés, lui ordonnant froidement de se relever seule et rapidement. Immédiatement, ils s'insurgent, agressant verbalement et physiquement le médecin, puis le personnel soignant. Une plainte est déposée, des poursuites engagées, et deux des trois frères sont condamnés à 12 mois de prison dont 6 fermes. Au cours de leur incarcération, ces deux hommes bénéficieront d'entretiens psychiatriques. Il apparaîtra qu'il s'agit d'individus sans difficulté particulière, bien insérés socialement. Ils pourront évoquer l'épuisement ressenti face aux plaintes permanentes de leur mère concernant sa santé et, dans le même temps, l'inquiétude suscitée par les consultations médicales rapprochées.

- La seconde scène se passe un soir de grande affluence. Une femme, d'âge moyen, est amenée par les pompiers pour une intoxication médicamenteuse volontaire. Son état somatique étant sans gravité immédiate, elle est placée en attente sur un brancard près de la banque d'accueil. Son mari, qui l'accompagne, se montre tout de suite vindicatif, interpellant avec véhémence les soignants. *"Elle va mourir, il faut faire quelque chose"*, dit-il, nullement rassuré par les explications formulées par le personnel. Puis il ajoute : *"Faites attention, je n'ai pas peur d'aller en prison !"*, avant de frapper, sans guère

plus de sommation, deux soignants. Ce n'est que l'intervention de l'ensemble de l'équipe qui permettra de le contenir physiquement avant que la police n'arrive. Cet agresseur est un homme d'une cinquantaine d'années, sans passé judiciaire notable et bien inséré socialement. Il dira, après coup, n'avoir *"vu que des blouses blanches"* et ne pas comprendre sa réaction. Il sera condamné en comparution immédiate à une peine de prison avec sursis loin d'être symbolique.

ESSAI D'ANALYSE

Les représentations mises en mouvement autour des urgences hospitalières animent une scène dramatique où interagissent trois groupes : patient, entourage, soignant. Sur cette scène imaginaire, les places et les rôles sont distribués implicitement, et l'action doit se dérouler selon un scénario préétabli pour parvenir sans encombre à son dénouement.

Les acteurs de la scène

Les soignants des urgences, contrairement à leurs collègues des services "classiques", sont en peine de cerner précisément leur mission, et donc leur identité. Ils définissent ainsi essentiellement leur fonction par la négative (*"On n'est pas là pour ça"*, le "ça" restant généralement dans le flou). Ils déterminent d'abord ce qui n'est pas du ressort de leur compétence avant de préciser ce qui l'est. Cette définition en creux, à laquelle s'ajoute l'interchangeabilité, liée aux contraintes de personnel, conduit à faire ressortir comme seul dénominateur commun les compétences techniques, aux dépens parfois de l'abord relationnel. Cette identité mal assurée peut fragiliser la rencontre avec le patient. Celui-ci devient vite persécuteur. *"Encore cinq qui arrivent !"*, entend-on régulièrement, alors même que c'est cette arrivée "non programmée" de patients qui caractérise en soi les urgences.

Le flot incessant de patients, dans sa demande permanente, renvoie le soignant à une avidité dévoratrice, activant une reviviscence de fantasmes archaïques, en particulier de dévoration et de meurtre. La seule issue face à ce danger d'anéantissement serait, dans la logique de la violence fondamentale, la destruction de l'un des deux protagonistes. À l'opposé, le vide, l'inaction et l'attente du côté des soignants sont aussi générateurs d'angoisse. Ce qui pourrait être un temps pour penser est un moment de non-agir vécu comme particulièrement étrange, se nourrissant de la peur de ce qui pourrait advenir. Certaines attitudes indifférentes ou agressives des soignants trouvent probablement leur source dans cette tension.

La technicité pourrait être un moyen de supporter cette menace d'empiétement. Dans ce lieu où il faudrait agir et vite, la place laissée à une pensée clinique intégrative est

réduite. Le diagnostic est avant tout d'élimination avant d'être positif, dans la perspective de pouvoir traiter rapidement et efficacement les affections qui engagent le pronostic vital. Il est alors aisé de comprendre que la technicité n'a que peu de prise face à tous ces patients dont la plainte est mal définie, dont les symptômes apparemment bénins rendent encore plus irritant leur résistance au traitement, dont la pathologie ne correspond à aucune case de protocole. Au découragement du soignant qui a eu l'impression de perdre son temps répond la désillusion des patients à la hauteur de leur attente idéalisée de la réponse des urgences.

En effet, les patients arrivent aux urgences avec l'idée que l'hôpital est une institution efficace, organisée, au caractère de "service public" officiel, dotée d'un plateau technique plus accessible qu'ailleurs. Autrement dit, l'idée d'un dû infiltre la représentation qu'a le soigné de l'hôpital. Les soignants sont considérés comme des agents techniques étroitement liés aux moyens qu'ils sont susceptibles de mettre en œuvre. Le partage du savoir médical augmente cet affaïssement de l'asymétrie de la relation soignant/soigné, le patient quittant peu à peu la position passive attendue du "bon malade". Dans le même temps, le patient ne supportera de la part du soignant aucune incertitude, aucun doute.

C'est en règle, accompagné de sa famille, que le patient arrive aux urgences. Dépositaire d'une partie de sa souffrance, celle-ci peut se prévaloir de parler en son nom, alors qu'il pourra arriver qu'elle exprime en fait ses enjeux propres. Elle est habituellement sollicitée par les soignants pour obtenir des informations, des données de l'anamnèse, mais rapidement elle est renvoyée à un rôle passif qui génère des conflits de pouvoir ou d'influence. Le sentiment d'exclusion qu'elle peut ressentir entraîne parfois un activisme réactionnel auprès des soignants, un temps toléré mais vite considéré comme gênant. L'activité de l'entourage, contrastant avec la passivité du patient, peut rapidement prendre une dimension persécutoire, notamment lorsqu'il est insatisfait ou demande des comptes.

Décalages : temporalité, attentes et représentations fantasmatiques

La violence sur la scène des urgences s'exprime lorsqu'il existe un décalage trop important entre le scénario pré-établi en chacun et la réalité de l'action ; lorsque l'un des protagonistes ne joue pas son rôle aux yeux des autres. Lors de l'arrivée de son épouse aux urgences pour une tentative de suicide, le mari a le sentiment immédiat que les soignants ne jouent pas leur rôle : *"Ils laissent mourir ma femme !"*. Du côté soignant, ce mari demandant des comptes alors même que l'état de sa femme n'est pas somatiquement inquiétant sort de la place qui lui était implicitement assignée. La violence émerge subitement fai-

sant écho à l'immédiateté des représentations de chacun. Dans certains cas, la tension survient du fait d'une compétition pour un rôle particulier, privilégié, celui de la victime. Ce premier rôle, dont l'attribution au malade paraît être la règle, est convoité parfois par les autres protagonistes au prix d'une escalade dans les rapports de force. On voit combien, sur cette scène, les rôles peuvent être changeants ainsi que les représentations que chacun se fait de l'autre, et ce sur un temps très court. Ces changements brusques peuvent entraîner un vécu de trahison, notamment concernant l'entourage qui semble être le groupe dont le rôle est le plus fluctuant. Ce vécu de trahison peut être le signe de la fin brutale d'une alliance avec les soignants.

Les drames familiaux se rejouent sur la scène des urgences à l'insu des différents protagonistes y compris des soignants qui peuvent être utilisés dans ces interrelations comme supports de projection. Les urgences sont un lieu propice à la mise en place de scènes familiales prenant la forme d'un psychodrame sauvage, sans cadre ni règles du jeu. La première vignette clinique illustre bien cette dimension. Le médecin se met en décalage par rapport à ce qui est attendu de lui, à savoir, la mise en place d'une scène médecin malade classique. Une rupture se produit puisque la mère, sommée par le médecin de tenir une position active, se retrouve disqualifiée dans son rôle. Un tel décalage est à l'origine de la réaction clastique majeure des fils, mais on peut également formuler l'hypothèse qu'au-delà de cette rupture se jouent des tensions intra-familiales refoulées ou contre-investies. L'action du médecin vient, par un mécanisme d'identification projective, mettre en acte le fantasme agressif des fils vis-à-vis de leur mère, fantasme dont la réalisation par un tiers leur est intolérable et qu'ils tentent de faire taire en agressant le médecin.

Les liens entre la demande explicite et les enjeux fantasmatiques sont rarement perceptibles d'emblée. Ils sont cependant d'autant plus manifestes qu'une relation de dépendance dans la réalité est présente. L'intervention médicale, la maladie, sont facilement des lieux de projection de fantasmes agressifs alors que la demande consciente reste le soulagement. Le plus souvent, bien loin d'avoir la vertu élaborative d'une mise en scène, cette prise en charge aux urgences prend la forme d'une démonstration où ce qui est donné à voir ne dépasse pas la répétition d'un scénario invariable. Comment entendre ces deux niveaux et les intégrer dans la réponse qui sera donnée dans ce lieu où l'agir prime parfois sur la pensée ?

Le décalage déjà préexistant entre le vécu de temporalité, le sentiment d'urgence et de gravité nécessite rapidement que chacun joue le rôle que lui attribue le scénario minimal commun. Cet "accordage" rapide est indispensable pour désamorcer ce décalage qui nuirait au bon déroulement de la scène et pour qu'il ne soit pas accentué par des éléments extérieurs.

Cette capacité à trouver un terrain commun implique alors la mise en œuvre de mécanismes d'ajustements. Chacun occupe une place qui doit être reconnue et légitimée par les autres acteurs de la scène. C'est la condition nécessaire mais non suffisante à la rencontre.

Lorsqu'elle ne peut être reprise dans le discours médical comme symptôme d'un trouble mental, la violence subie par les soignants se trouve en mal d'un sens. L'analyse d'agressions survenues dans des services d'urgence de l'hôpital général permet de dégager plusieurs perspectives dans lesquelles ces actes s'inscrivent. Elle nous rappelle tout d'abord combien les urgences sont un lieu marginal, découpant un référentiel temps-espace différent de celui de l'ensemble de l'hôpital et bien sûr de son extérieur. La lisibilité semble y faire défaut de prime abord. Par ailleurs, ces actes prennent la dimension d'une scène dramatique sur laquelle trois groupes d'acteurs vont jouer une pièce, qui est en apparence d'un déroulement simple. Soignants et malades y trouveraient un rôle organisé par l'antagonisme de deux pôles (passif et actif) d'une même efficacité, tandis que les familles seraient le support de la demande du parent souffrant.

Mais cet équilibre des identités, cet ajustement au scénario peut se voir rapidement mis à mal. La demande de soin correspond souvent à la recherche d'une présence médicale aux aspects de toute-puissance. La réponse des soignants semble souvent incertaine, reposant sur une identité professionnelle plus fragile qu'il n'y paraît. Cette inadéquation de la relation soignant-soigné, le manque qu'elle suscite, laissent émerger des fantasmes archaïques qui peuvent prendre le pas sur le scénario préétabli. C'est du côté des accompagnants que ce scénario est le plus vite dépassé. Laissés dans une passivité paradoxale, où ils se vivent comme dépositaires de la souffrance des malades, aux prises avec l'émergence de sentiments latents parfois ambivalents à l'égard de ceux qu'ils accompagnent, ils auront bien du mal à s'accorder au rôle proposé. C'est alors que la scène des urgences se trouve massivement submergée par la problématique familiale où s'échangent les rôles de victimes et les sentiments de trahison faisant le lit de l'agir. La violence est alors une ultime parade. Elle clôturait un scénario qui n'a pu trouver de lien et que l'auteur récuse. L'ajustement nécessaire entre les protagonistes de la scène, dans le contexte de la rencontre, n'a pas été possible.

Conclusion

Quelles mesures proposer pour prévenir de telles situations ? Réviser les conditions de travail aux urgences semble indispensable : il s'agit de repenser les lieux et les effectifs pour établir un sentiment de

qualité de travail et de sécurité aux urgences. Il apparaît également nécessaire de remédier à la faible lisibilité de l'organisation des urgences. Diverses solutions ont ainsi été envisagées dans les services que nous avons décrits. Des mesures explicatives en direction des malades et de ceux qui les accompagnent ont été mises en place : installation de pancartes dans le hall d'entrée décrivant le rôle des différents membres du personnel et le fonctionnement de la file d'attente, utilisation extensive de badges pour identifier les soignants... De plus, un vigile est désormais présent dans le service d'accueil. Mais, au-delà de ces mesures concrètes et immédiates, fortement réclamées par les équipes dans les suites de chaque agression, il est tout aussi nécessaire de former les soignants à faire face à ces situations auxquelles leurs tâches habituelles ne les préparent pas. Dans ce sens, divers types de techniques pour reconnaître et anticiper les comportements violents peuvent être enseignés. Il nous semble également indispensable de sensibiliser le personnel au décryptage des scénarios auxquels leur pratique les confronte. À cet égard, la prévision d'un temps et d'un travail réguliers de formation à la clinique relationnelle et d'analyse de la pratique dans les services d'urgences serait certainement l'un des meilleurs outils de prévention de la violence, tout en favorisant une perception plus clinique et plus gratifiante de l'identité professionnelle des urgentistes.

Bibliographie

- Anzieu D. *Le groupe et l'inconscient*. Paris, Dunod, 1975.
- Balier C. (dir.). *La violence en abyme*. Paris, PUF, 2005.
- Bergeret J. *La violence fondamentale*. Paris, Dunod, 1996.
- Bleger J. "Psychanalyse du cadre psychanalytique" in *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod, 1979.
- Danet F., Brémont M., Robert D. "Les urgences, questions au système de santé". *Études*, 2004 ; 4005 : 599-610.
- Freud S. (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris, Gallimard, 1962.
- Jeammet P., Kestemberg E. *Le psychodrame psychanalytique*. Paris, PUF, coll. "Que sais-je ?", 1987.
- Lacan J. *Le complexe, facteur concret de la psychologie familiale*. L'Encyclopédie Française, 1938.
- Moraz L. *Comprendre la violence en psychiatrie*. Paris, Dunod, 2002.
- Winnicott D.W. *Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 1968.