fort, légitimé et porté par l'institution médicohospitalière, qui distribue également dans son autorité indiscutée la place des patients, largement assujettis aux impératifs de l'action médicale. Les familles sont assignées à des temps de visite en annexe des temps médicaux, qu'elles sont priées de ne pas perturber.

Aux Urgences, cette répartition des rôles n'est pas aussi fermement établie, et les interactions aussi prédéterminées. Les places de chacun sont plus incertaines, et donc leurs interactions sont moins inscrites.

* Les soignants font face à une demande aussi pressante qu'imprécise. Contrairement à leurs collègues des services classiques, ils sont en peine de cerner précisément les contours et la finalité de leur mission, et donc leur identité de soignant. 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, peut-être repérable dans le fantasme de « vidange » si commun aux services d'urgences. À l'opposé, le vide, l'inaction et l'attente du côté des soignants sont aussi générateurs d'angoisse. L'ensemble fonctionne dans une économie de déperdition : ce qui pourrait être un temps pour penser ou restaurer les capacités soignantes est un moment de non-agir vécu comme particulièrement étrange, et infiltré de la peur de ce qui pourrait advenir. Le sentiment d'insécurité des soignants trouve sans doute là l'une de ses sources majeures, en dehors des violences réelles.

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

* Les patients arrivent en effet 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. La diffusion du savoir médical diminue l'asymétrie classique de la relation soignant soigné, le patient quittant peu à peu la position passive assignée du « bon malade ». Dans le même temps le patient ne supportera de la part du soignant aucune incertitude, aucun doute.

* Il est fréquent que le patient arrive aux urgences accompagné de sa famille, souvent dépositaire d'une partie de sa souffrance. Elle est souvent sollicitée par les soignants pour obtenir des informations, des données de l'anamnèse, mais rapidement elle est renvoyée à un rôle passif.

Les informations qui lui sont données soulèvent le problème du secret médical bien malmené par la tendance à exposer l'intimité du soin aux yeux et aux oreilles de tous dans les couloirs. Le secret implique une différenciation des espaces publics, privés et intimes. La confusion