

# **LES PRATIQUES RELATIONNELLES ET COMPORTEMENTALES DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE DANS LE CONTEXTE DE L'URGENCE MEDICO-CHIRURGICALE**

**Rapport synthèse élaboré par le service de psychologie de l'INSP**

## **INTRODUCTION**

Notre propos est de restituer quelques éléments d'appréciation des pratiques relationnelles et comportementales des personnels exerçant au niveau des services des urgences médicochirurgicales des 04 grands centres hospitalo-universitaires d'Alger, s'agissant en l'occurrence :

- du CHU de Mustapha Bacha,
- du CHU Maillot,
- du CHU Parnet
- du CHU Issad Hassani de Béni-Messous.

Cette demande adressée à l'INSP (service de psychologie) a été mise en œuvre sur le terrain par une équipe avertie composée de psychologues cliniciens praticiens de santé publique<sup>1</sup>, exerçant depuis plus d'une décennie, au moins, et ayant un grade ou/et un emploi supérieur pour la majorité d'entre eux.

Quatre (4) sous équipes ont été définies et sont intervenues dans les hôpitaux où chacun(e) n'est pas en exercice, afin de préserver son libre arbitre et avoir une représentation peu influencée par des préjugés (idées de départ) concernant la structure et les équipes.

## **I - METHODE ET OUTIL D'EVALUATION**

La question de l'évaluation donne l'occasion de mettre en exergue l'absence de concertation sur la démarche et les outils consacrés, mais encore vient souligner le défaut de référents normatifs reconnus pour procéder à une approche appréciative de l'ensemble du dispositif, s'appuyant fortement sur une connaissance des principes explicites présidant aux règles de fonctionnement. Ceci pour insister sur une idée de départ qui est celle qui met l'accent sur la nécessité d'engager la démarche au travers d'une approche globale (holistique) de la notion de contexte.

Le contexte étant pris comme une approche d'ensemble où les professionnels interviennent et où les usagers se retrouvent, cet ensemble qui influence de façon significative les comportements et les relations des personnels impliqués (soignants).

---

<sup>1</sup> Dans une première partie, en annexe, nous avons réservé l'information concernant la liste nominative des psychologues engagés sur le terrain ; des psychologues, personnes ressources impliqués dans les réunions de concertation sur la méthode et les techniques afférentes utilisées durant l'intervention et sur l'appréciation des contextes évoqués.

Ce qui nous importe dans la méthode c'est de prendre en considération les facteurs déterminants compris dans cet ensemble et qui sont présents et influencent les rapports des soignants soignés dans le contexte de l'accueil.

Il existe un lien indissociable entre un environnement spécifique, qui est ici celui des urgences, et les attitudes et les comportements adoptés.

En bref, pour évaluer l'accueil on doit prendre en considération tant l'environnement (physique) que le contexte (relationnel).

En ce qui concerne la question de la méthode évaluative on devrait d'emblée tenir compte :

- du profil des professionnels engagés dans ce type d'approche appréciative,
- de l'intérêt de mener des actions évaluatives ciblant les personnels (surveillance et entretien) exerçant dans ces services ainsi que les professionnels de la santé, ceci non pas seulement dans une perspective d'évaluation normative (ce qui est certainement à la charge de personnels au profil correspondant, notamment les praticiens inspecteurs d'une part) et d'autre part sur la base des référents normatifs concernant l'ensemble du dispositif tant aux plans organisationnel, que fonctionnel et cela à tous les niveaux : normes architecturaux, codifications des actes, profils de postes, ..etc), mais dans celle qui pourrait permettre la mise en oeuvre de mesures positives concernant le milieu ciblé et les professionnels impliqués. Ces mesures ayant à voir avec la gestion des ressources humaines dans ces services et la prise en compte du cadre (tant organisationnel que fonctionnel), des moyens techniques dont dispose le personnel soignant.

*« Le support d'évaluation des bonnes pratiques comportementales et relationnelles des personnels exerçant au niveau des urgences médico-chirurgicales » - élaboré à l'INSP- et qui s'inscrit directement dans une perspective évaluative de premier niveau, c'est à dire instrumentale, aurait permis de mesurer le phénomène à l'étude, c'est-à-dire, les comportements et les relations.*

Implicitement, il s'agirait de juger une intervention – dans un contexte d'urgence médicale – aux regards des comportements et des relations montrés lors des soins posés aux patients.

Cependant, sa praticabilité n'a pas été éprouvée de façon définitive car il s'agissait d'une approche ponctuelle transversale et touchant de surcroît les comportements des personnels. L'évidence a voulu que l'objet visé par cette étude exigeait de la part des intervenants la prise en compte dès le départ de la participation active des professionnels. Sachant qu'il était délicat d'élaborer des hypothèses sans prendre en compte la position de celui qui en fait l'objet.

En effet, cette grille d'évaluation s'inscrit soit en amont (recrutement) soit dans un contexte de gestions de ressources humaines où une culture de l'évaluation commence à s'installer et/ou cette procédure est admise, aux regards des approches évaluative de l'ensemble des systèmes de soins en présence.

Cependant, cette grille nous a permis, dans une deuxième phase, de se référer à des repères, critères d'évaluation tels que : la vigilance, l'esprit d'équipe, la tolérance au stress, la stabilité émotionnelle, la capacité de communication, etc.. Critères permettant ainsi d'aborder de

façon tout à fait générale les dimensions qui sont indirectement en jeu dans l'accueil et dans la relation de soin.

## II - CONTEXTE DES URGENCES MEDICOCHIRURGICALES

Dans les systèmes de soin, les urgences médico-chirurgicales sont en **première ligne**. Ces services se retrouvent inéluctablement le creuset où viennent se lover, tout en s'y heurtant parfois durement, les multiples configurations de la souffrance humaine exprimée sous forme de détresses sévères.

Dans l'offre de soin telle qu'elle devrait être proposée aux populations, les attentes de celles-ci portent non seulement sur le soin comme acte médical mais encore sur l'acte de soin dans le sens qui est celui de « *prendre soin* », comme un acte de protection et de bienveillance du soignant. Sachant que « *l'hôpital, loin d'être une entreprise comme une autre, se trouve investi d'une **fonction spécifique** au sein de la société, celle de servir de **dépôt à l'angoisse du corps social** »<sup>2</sup>.*

En effet, ce sont dans ces lieux mêmes que viennent s'échouer, mais aussi s'abriter, les **maux irréductibles** (dans le sens, ne pouvant trouver soit individuellement ou auprès du groupe d'appartenance des mécanismes de réduction de la souffrance, physique, mentale et sociale) et les **dysfonctionnements de la société dans son ensemble** ...

**Les enjeux** sont d'importance, car il s'agirait de s'atteler à réduire toutes les formes de détresses en accueillant l'angoisse du corps social qui fait pression sur l'institution soignante, la mettant régulièrement au défi, tant au plan organisationnel que fonctionnel, et plus particulièrement lors de la rencontre avec les différents professionnels soignants et alliés dans le soin, interpellant leurs identités professionnels dans les actes qui sont les leurs : accueillir et soigner.

S'impose alors d'emblée pour nous, dans ce travail, l'évidence d'une approche compréhensive intégrant le cadre global du dispositif des soins en urgences, tenant compte des **particularités de la médecine d'urgence**, discipline transversale, où les logiques de fonctionnement sous jacentes sont celles qui prennent en compte « *la personne dans sa dimension somatique, psychique, professionnelle, culturelle et sociale* »<sup>3</sup>.

Les urgences reflètent souvent et crûment ces dysfonctionnements, ce sont des **carrefours des états de crise**.

Soulignons d'abord un fait : les urgences sont des lieux où se démultiplient les **interfaces, confluences de réseaux de soins** :

- entre l'hôpital et la société,
- entre la médecine hospitalière et la médecine extrahospitalière de proximité,
- entre la médecine générale et médecine spécialisée,
- entre la médecine publique et la médecine libérale.

Sans oublier, et nous nous permettons de le répéter, dans tous les systèmes de soins les UMC sont la plaque tournante et le réceptacle de toutes les détresses humaines.

---

<sup>2</sup> Georges Gaillard, Restructuration, réorganisation dans le secteur hospitalier : mise en crise des soignants.

<sup>3</sup> Société francophone de Médecine des urgences, Ethique et urgences, Réflexions et recommandations de la Société francophone de médecine d'Urgences. Recommandations de la SFMU

Cela est d'autant plus observable en Algérie, que ces dernières décennies ont suscité de sérieuses attaques aux liens sociaux et affaiblis durablement les niveaux de vie de toutes les catégories sociales ; les ruptures sont importantes et profondes (il suffit d'observer les comportements des citoyens dans les espaces publics) et les relations aux institutions publiques sont souvent empreintes de rejet et de dévalorisation. Ceci pour le contexte dans lequel on tente d'examiner la question de l'accueil dans les UMC, dans les 4 grands CHU d'Alger.

Sachant de plus et encore que pour le secteur de la santé, ce sont souvent dans les grands hôpitaux de la capitale que viennent s'échouer les plus grandes détresses et souvent ces espaces sont leur seul refuge, notamment pour les détresses psychosociales.

Les personnels des urgences et les professionnels associés (sécurité, personnels d'accueil et d'entretien) sont les premières lignes de cette confrontation. Il ne s'agit pas seulement du soin, dans le sens de « *soigner* » mais du soin dans le sens « *d'assister* » de poser le geste et d'installer l'attitude du « *prendre soin* » qui suscite rapidement et même dans les situations d'isolement et de grande détresse, un début d'adhésion de l'utilisateur au protocole de soin et en amont à la relation soignant soigné dans un contexte d'accueil (dès le départ et dans les premiers moments de la rencontre).

Ceci dit, il nous paraît donc d'autant plus indispensable de veiller à optimiser au mieux tant les aspects organisationnels que fonctionnels et d'installer les professionnels dans un environnement propice et un contexte praticable par le soignant lui permettant ainsi de faire face aux situations les plus critiques, de surmonter les épreuves les plus pénibles dans les soins, et donc de faire face aux formes les plus intenses des multiples détresses qu'il affronte.

### **III – QUELQUES FACTEURS DETERMINANT DU CONTEXTE DES URGENCES ET DE L'ACCUEIL AUX URGENCES**

Il existe plusieurs facteurs déterminants dans l'accueil des usagers qui s'expriment au travers de règles explicites qui touchent les domaines de la conception de la structure physique, son emplacement, la répartition des espaces, les moyens techniques, l'organisation des équipes, ainsi que les qualités requises des professionnels impliqués.

Dans ce registre, la déontologie qui cadre et qui donne du sens, les mécanismes de valorisation et de promotion des ressources humaines dont la formation continue et les mesures incitatives pour attirer et maintenir les cadres et les professionnels de santé, sont des aspects fondamentaux et déterminants.

Dans ce rapport nous avons mis en exergue, de façon succincte, que les aspects les plus flagrants rapportés par les équipes des psychologues.

#### **1. Structure physique des UMC et gestion des flux**

La mission des UMC est particulière car les urgences sont à la croisée de chemins à la fois médicaux mais aussi sociaux. Cette mission intègre la notion de soin, prendre soin, mais aussi la notion de l'accueil.

La conception de l'espace de soin est fondamentale dans un projet de soin. Tout espace par l'ambiance qu'il propose peut contribuer à un sentiment de mieux être ou à une impression d'abandon. Ainsi l'architecture doit générer chez les usagers un processus inconscient d'apaisement. La retranscription spatiale de l'accueil devrait se manifester par une ambiance appropriée à l'état psychologique des usagers afin de réduire notablement l'anxiété de l'usager.

En référence aux rapports qui nous ont été remis par les équipes de psychologues <sup>4</sup>, un des facteurs déterminants soulignés ici est celui de l'emplacement des UMC par rapport à la structure hospitalière universitaire. Le service devrait être fléché, visible et accessible de la porte principale de l'hôpital par un circuit dédié. Son entrée étant distinct des autres services médicaux de l'hôpital.

Quand les dispositions physiques sont normé cas de l'hôpital de Maillot, les professionnels sont préoccupés par les conditions de sécurité qu'ils seraient souhaitables de prendre en compte.

Il serait donc nécessaire que les UMC ne soient pas traversés par des flux étrangers à son activité. Les circulations des patients et des accompagnateurs ne devraient pas emprunter les zones de soins : la zone technique, la zone de service et l'unité d'hospitalisation de courte durée.

## **2. La répartition des espaces**

Cette question a été au centre des préoccupations des usagers et des professionnels surtout. Des plaintes concomitantes se sont manifestées à propos des espaces liés dans leur praticabilité à l'importance du flux (en moyenne 200 personnes en 12 heures, repère pour les jours ouvrables pour les 4 CHU). La fonctionnalité de ces espaces permettrait un meilleur accueil de par leur polyvalence, leur flexibilité et leur adaptabilité aux regards d'un environnement mouvant et diversifié.

Sachant, enfin, que les UMC sont l'unique structure de soins accessibles gratuitement à tous et à toute heure.

Ce qui a été particulièrement pointé, c'est le fait que l'agencement des locaux (box) devrait permettre une surveillance efficace des patients en même temps que la protection (visuelle et acoustique) de leur intimité et de la confidentialité. La séparation par des rideaux, des paravents, par des parois incomplètes, ne permet pas une intimité suffisante, ce qui peut créer plusieurs conflits entre soignants et soignés. Cependant ces séparations sont nécessaires dans les zones de surveillance intensives.

## **3. La zone d'accueil**

Cet espace est un lieu stratégique, si l'on se préoccupe de la qualité de l'accueil dans les espaces de soins. Tous les malades se présentant aux UMC des 4 hôpitaux sont accueillis dans cette même zone qui consacre 3 fonctions : accueil, tri et orientation.

Cette zone est une zone de transit et un lieu consacré à la médiation avec l'usager. Les salles d'attente sont des lieux où se manifestent le plus souvent les plaintes et la colère des patients

---

<sup>4</sup> Les rapports des équipes des psychologues sont en annexe 2.

et des accompagnateurs. L'accueil voudrait que ces salles d'attente soient des lieux d'apaisement et de convivialité, en particulier pour les enfants et les adolescents.

#### **4. Quelques points relatifs à l'organisation des équipes dans les UMC**

Les équipes de psychologues dépêchées sur le terrain ont toutes souligné, tenant compte des positions de l'ensemble des personnes concernés, y compris les chefs de service, de la part importante, sinon déterminante, du facteur organisationnel des équipes chargés des soins.

Certaines questions ont abordé quant au fond et au plan structurel la question de l'urgence médicale, il s'agit de :

- La nomenclature et la codification des actes,
- l'importance de la définition des tâches de chacun, d'où la nécessité des fiches de poste,
- les références réglementaires relatives au volume horaire de chaque équipe,
- et l'obligation de rétablir la position hiérarchique dans ce cadre de soin, celle-ci devant être déterminante en ce qui concerne notamment la responsabilité des actes recouverte par les textes de loi.

La question de la responsabilité des actes est centrale et entre, comme l'ont souvent souligné les praticiens dans le domaine de la médecine légale.

#### **5. Les moyens techniques**

Les préoccupations ressorties, et qui pourraient entamer la crédibilité tant du soignant que de la structure d'accueil, portent sur la disponibilité des produits pharmaceutiques (médicaments et dispositifs médicaux vitaux), des équipements biomédicaux, d'une salle de radiologie et d'un laboratoire. Si ce dernier est éloigné du service (cas de pratiquement tous les CHU) les prélèvements devraient être acheminés par un moyen rapide, fiable et automatique.

### **IV – LE CONTEXTE DES INTERVENTIONS AUX URGENCES MEDICO CHIRURGICALES DES 4 CHU D'ALGER**

Nous définissons le contexte en terme relationnel et comportemental, ce qui nous permet d'introduire les informations nécessaires à la description et à la mise en perspective des pratiques professionnelles tant avec les usagers que des professionnels entre eux.

Le « Faire » et « L'être » dans les urgences médicochirurgicales. Comment adapter ce que l'on est à sa fonction par un effet de réciprocité?

Ici il s'agira pour nous, sans être pour autant dans une évaluation normative, d'introduire des éléments de référence, des critères (tels que définis dans la grille d'évaluation les bonnes pratiques comportementales et relationnelles des personnels exerçant au niveau des UMC) qui vont servir d'appui pour aider à l'élaboration de repères quant aux attitudes, comportements et relations dans le soin en urgence.

Les équipes des psychologues cliniciens sur le terrain ont mis en œuvre plusieurs approches pour cette mission dont :

- l'observation en situation d'exercice des équipes,
- entretien semi directif,

- groupe de parole,
- l'entretien de soutien avec séances de verbalisation avec le personnel concerné,
- discussions, débats et concertation avec les équipes de travail.

Cette base d'information nous a permis de capitaliser et de classer les différents comportements et attitudes observés sur le terrain au niveau des 4 structures hospitalières et de les traiter dans le cadre du *support d'évaluation des bonnes pratiques comportementales et relationnelles des personnels exerçant au niveau des urgences médico-chirurgicales* » - élaboré à l'INSP.

C'est donc au travers d'une approche évaluative indirecte et sur la base des rapports des équipes qu'ont été établis les premiers éléments d'évaluation. Cette approche se veut une **approche globale, non stigmatisante** et qui ne veut nullement soustraire tous les aspects relatifs aux difficultés voire aux souffrances exprimées par des professionnels trop longtemps exposés dans ce type de structure.

**Pour le corps médical**, les **difficultés montrées et que lui-même dit rencontrer** concernent :

- 2 segments principaux :
  - les **capacités d'analyse de la relation et du comportement de l'utilisateur** d'une part,
  - et d'autre part sa propre **adaptabilité au cadre et au contexte du soin**.

Ces deux aspects fondamentaux dans la relation de soin ont été mis en exergue par les psychologues suite à leurs observations et aux propos recueillis auprès des concernés. L'axe relationnel étant le pivot fondamental du soin, nous nous interrogeons sur l'absolue nécessité d'installer en amont et dans les différents cycles de formation, un processus permanent d'imprégnation d'une **philosophie de la relation et de l'Être en relation**. Ceci dans toutes les professions, et plus encore dans celles de l'aide et du soin.

Les **identités professionnelles** doivent trouver tous **les étayages** possibles :

- Les diplômes qui fixent les places et rôles et sur lesquels s'appuie chaque professionnel dans le système.
- La hiérarchie qui s'exprime au travers des aspects législatifs qui cadrent l'exercice,
- Le lien d'affiliation à une équipe soignante, signant l'appartenance au groupe et instaurant un lien de confiance, sorte de **contrat de confiance** qui est la condition essentielle au fonctionnement du service.

Quant à la question des capacités d'adaptation au cadre et au contexte, il nous semble qu'elles sont mises à l'épreuve par la **multiplicité de facteurs non favorables**. Les différents niveaux organisationnels ne sont pas opérants mais plus encore les trajectoires professionnels sont peu ou pas solidement ancrés.

A souligner le fait que l'exercice médical dans un contexte d'urgence met en difficultés ces professionnels qui hésitent à agir avec suffisamment de sérénité faute de codification minutieuse des actes médicalogaux engagés. Indépendamment d'une nomenclature des actes de soins dans l'accueil aux urgences.

Malgré cela des **points forts sont présents** chez ces professionnels, notamment :

- la capacité de maintenir un **niveau de vigilance** indispensable à l'exercice dans de telles circonstances ; qui en général suscite une forme « *d'usure* » à moyen terme.
- une certaine **stabilité émotionnelle** nécessaire à la mise en œuvre de soins appropriés ;
- et des capacités de **communication** suffisantes pour pouvoir échanger de façon efficace avec autrui (entre eux et avec les usagers),
- enfin un **esprit d'équipe**, un sentiment partagé de faire corps dans leur groupe de référence pour la progression et l'efficacité du soin.

**Pour le corps paramédical**, l'étendue des difficultés est plus importante. Elle est certainement liée au fait que ces professionnels sont plus particulièrement exposés (temps et durée) du fait de leur position dans le dispositif et des astreintes spécifiques qui les maintiennent durablement dans les services.

Ces professionnels, et plus particulièrement ceux se situant dans les grades les moins élevés, sont particulièrement sensibles aux effets négatifs d'une confrontation permanente avec les angoisses et les souffrances des usagers.

Les observations rapportées par les psychologues ont souligné les qualités exceptionnelles de ces professionnels impliqués dans la relation de soin et qui restent très dévoués malgré un environnement souvent peu favorable.

Cependant certains aspects dans le fonctionnement restent préoccupants, à savoir les questions qui auraient à voir avec :

- la stabilité émotionnelle
- le contrôle de soi,
- la maturité affective,
- la tolérance au stress,
- l'adaptabilité et la flexibilité.

**Les points forts distinctifs**, sont :

- les capacités de vigilance,
- l'esprit d'équipe
- et la capacité à prendre des décisions c'est-à-dire à prendre action quand la situation l'exige.

Au total ce personnel est un personnel de première ligne, toujours en action et ne bénéficiant que de peu d'espace de transition, entre les moments d'intervention. Ce personnel est plus susceptible de souffrir d'usure et d'épuisement professionnel. Il interpelle quant à un recadrage tant au plan de sa formation initiale que des modalités de recrutement, au plan des qualités relationnelles requises dans le soin.



**Pour les agents de sécurité**, les difficultés mises en avant sont encore plus étendues et touchent les domaines suivants :

- la stabilité émotionnelle et le contrôle de soi,
- la maturité affective,
- la capacité d'analyse des relations en situation,
- le dynamisme.

Ces agents sont en amont du processus de l'accueil et ce sont eux qui donnent le « *ton* » à la relation avec l'utilisateur, reflétant l'atmosphère de l'institution hospitalière. Il serait indispensable qu'ils fassent l'objet d'une formation spécialisée affinée et adaptée aux missions qui leur sont octroyées : la médiation étant une des fonctions requises pour ce poste, le recrutement devrait alors s'appuyer fortement sur des critères ciblant les qualités relationnelles évidentes chez ces professionnels..

**Les points forts :**

- Les capacités de vigilance
- et l'esprit d'équipe.

C'est à la fois en terme de protecteur des lieux et des personnes que se définiraient la fonction principale de ces professionnels qui se retrouvent au cœur des tensions les plus désorganisantes pour eux-mêmes et pour l'institution hospitalière. Or, étant la cheville articulante le dehors et le dedans, ces personnes restent dans le dispositif un élément sensible (et donc stratégique) dans institutionnel.

## CONCLUSION

L'accueil des usagers dans les services des urgences interpelle les concernés, dans sa dimension psychologique et sociale. Nous sommes au cœur du rapport pressant entre la société et le dispositif institutionnel de l'Etat.

La question de l'accueil interpelle principalement, non seulement les personnels engagés dans le soin, mais aussi les administrateurs de la gestion du soin quant à la prise en compte des manifestations les plus saillantes des détresses humaines, d'une part.

*D'autre part « ... [les] travaux en Algérie, auprès du personnel de santé, des usagers et des gestionnaires, mettent en évidence les logiques de défiances dans les rapports noués entre les acteurs qui participent à l'activité de santé publique, illustrant leur profondes insatisfaction du mode de régulation actuelle du système de santé. Ce mode de régulation, c'est-à-dire la façon dont l'Etat va agencer et organiser les relations entre les agents de la santé, est fortement marqué par une dynamique verticale, uniforme et centralisée où prédomine une logique administrative et opaque. »<sup>5</sup>*

Ce que nous avons pu relever, ce sont les influences manifestes des facteurs tant environnementaux que contextuels dans la qualité de l'accueil et dans la relation soigné-soignant.

---

<sup>5</sup> Mohamed Mebtoul, Les acteurs sociaux face à la santé publique : médecins, Etat et usagers. Chapitre V. sans référence d'ouvrage.

La prise en compte des ressources du secteur dans une perspective de protection, de valorisation et de promotion nous semble être une pierre angulaire de l'édifice.

De plus et au-delà des aspects organisationnels et de fonctionnement, il nous semble particulièrement nécessaire que les projets puissent s'appuyer sur une **philosophie de l'action et du soin**, permettant ainsi de mettre en évidence les principes organisateurs du soin dans ce contexte de l'urgence, principes qui structurent tant à un niveau professionnel que personnel les principaux acteurs du soin.

Ces principes sont les moteurs de l'action et participent à la protection mutuelle du soigné et du soignant, comme pourrait l'être l'attention apportée à la formation continue des soignants, surtout pour le personnel paramédical, et pour le médical, sur la question du CES des urgences. Le renforcement permanent des identités professionnels a effet d'enveloppe protectrice garante de la qualité des services. L'importance alors d'établir un référentiel de compétences selon les professions et les grades serait primordiale pour asseoir de façon stable l'apport de chaque acteur dans le processus (référentiels des compétences du médecin des urgences, de l'infirmier en médecine des urgences).

Enfin, les hôpitaux sont malgré eux, et ceci dans le monde, le réceptacle des détresses sociales, ce qui fait souligner que très souvent l'urgence n'est pas une urgence médicale « vraie », c'est une urgence « ressentie » comme telle par l'utilisateur et ses accompagnateurs (conclusion de l'enquête nationale sur les urgences médicochirurgicales, INSP, 2003).

Les professionnels sont souvent confrontés à des plaintes qui dépassent largement le domaine du soin médical. La question est celle de pouvoir préparer ces professionnels à être capable d'accueillir des formes de détresses nouvelles et d'aider les usagers à engager des modes de résolutions appropriées en interface avec les autres structures des différents secteurs.